



Universidade Nova de Lisboa

*Factores associados ao Teste do Vírus da Imunodeficiência Humana numa
Amostra de Homens que têm Sexo com Homens em Portugal*

Joana Bettencourt

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

(JUNHO, 2011)

*Factores associados ao teste do Vírus da Imunodeficiência Humana numa amostra de
Homens que têm Sexo com Homens em Portugal*

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada sob a orientação científica dos Professores Doutores Sónia Dias e Maria Rosário Martins

Orientadora: Professora Sónia Dias

Co-Orientadora: Professora Rosário Martins

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Henrique Barros, Coordenador Nacional para a Infecção VIH/sida, pelo constante incentivo à aquisição do conhecimento.

À minha Orientadora Professora Sónia Dias e à minha Co-Orientadora Professora Rosário Martins pela dedicação e orientação.

Aos docentes do IV Mestrado em Saúde e Desenvolvimento por me dotarem de conhecimentos e ferramentas que permitiram a elaboração deste trabalho.

Aos meus colegas de mestrado pelos momentos de partilha e apoio.

À Cláudia Pereira pelo extraordinário apoio com a análise estatística.

À equipa de inquiridores que participou no processo de aplicação do questionário.

À família Assunção (Patrícia, Mariana, Afonso e Artur) pela disponibilidade. Foram uma verdadeira família para a Sara.

A São e ao Nando, pela disponibilidade e apoio.

Aos meus pais, sem eles eu não teria chegado aqui.

À minha família, Sara e Jacques, meus pilares, pelo apoio e amor incondicionais.

A todos, o meu profundo Obrigado!

RESUMO

FACTORES ASSOCIADOS AO TESTE DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NUMA AMOSTRA DE HOMENS QUE TÊM SEXO COM HOMENS EM PORTUGAL

JOANA BETTENCOURT

PALAVRAS-CHAVE: Teste VIH/sida, Homens que têm Sexo com Homens, Factores

Com o advento da terapêutica antirretrovírica, os indivíduos podem aceder a esquemas terapêuticos eficazes se acederem efectivamente aos serviços de diagnóstico e tiverem conhecimento do seu estatuto serológico positivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana. No entanto, muitas pessoas mantêm-se sem diagnóstico ou são testados numa fase tardia da infecção. O grupo de Homens que têm Sexo com Homens (HSH) é um dos mais afectados pelo VIH, apresentando, globalmente, elevadas taxas de incidência e prevalência da infecção.

Este estudo teve como objectivo caracterizar a proporção do teste VIH numa amostra de Homens que têm Sexo com Homens portugueses e identificar os factores associados ao teste VIH neste grupo.

Uma amostra de 1046 homens com idades superiores aos 18 anos que declararam ter sexo com homens seleccionados através do método *Snowball* em quatro regiões do país (Grande Porto, Grande Lisboa, Centro e Sul) respondeu de forma anónima e confidencial a um questionário construído para o efeito, integrando indicadores da UNGASS, ECDC e OMS.

Procedeu-se à comparação de proporções utilizando o teste de Qui-Quadrado ($\alpha=0,05$). Para a avaliação da magnitude das associações entre as categorias de variáveis foram calculados *odds ratios* com intervalos de confiança de 95%, usando a regressão logística.

Cerca de 88% dos participantes referiu ter feito o teste VIH pelo menos uma vez na vida e 70% no último ano. Os HSH que mais frequentemente reportaram terem feito o teste situam-se na faixa etária entre os 26 e 35 anos. A maioria dos inquiridos (95%) referiu ter conhecimento de que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial, 60,6% fez o teste tradicional e 31,5% realizou-o num Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce (CAD). Os mais jovens (18-25 anos), que nunca recorreram a serviços para obter informação sobre o VIH/sida nem por suspeita de estar infectado, que não foram abrangidos nem fizeram parte de nenhuma campanha nos últimos 12 meses e aqueles que não vivem com um parceiro reportaram mais frequentemente que nunca fizeram o teste.

A procura de informação sobre VIH/sida nos serviços de saúde, ter sido abrangido por uma campanha no último ano e viver com um parceiro estavam significativamente associados à realização do teste VIH no último ano. A baixa percepção do risco de infecção foi uma das barreiras mais citadas, seguida do medo de saber o resultado e o receio da quebra do anonimato e da confidencialidade.

Estes resultados sugerem importantes contributos para o desenvolvimento de programas culturalmente adaptados, dirigidos à promoção do teste VIH entre os Homens que têm Sexo com Homens em Portugal.

ABSTRACT

FACTORS ASSOCIATED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TESTING AMONG A PORTUGUESE MEN WHO HAVE SEX WITH MEN SAMPLE

JOANA BETTENCOURT

KEYWORDS: HIV testing, men who have sex with men, factors

With the advent of antiretroviral therapy, people can access effective treatment if they are effectively accessing early testing services and are aware of their Human Immunodeficiency Virus positive status. However, many persons remain undiagnosed or are tested relatively late in the course of their infection. Men who have Sex with Men (MSM) are one of the most HIV affected group, experience the highest HIV incidence and prevalence rates, worldwide.

This study aimed to characterize the proportion of HIV testing among a Portuguese Men who have Sex with Men sample and identify the factors that may be associated to HIV testing.

A questionnaire, integrating UNGASS, ECDC and WHO indicators, was completed anonymously by 1,046 men aged between 18-78 years old, declared have had sex with men selected by snowball method in four different regions from Portugal (Grande Porto, Grande Lisboa, Centro e Sul).

Proportions were compared using chi-square test ($\alpha=0,05$). The magnitude of the associations between HIV testing and the different categories of variables was estimated by means of odds ratio (OR) and 95% confidence intervals, using logistic regression.

Around 88% of participants reported having ever been HIV tested and 70% in the last year. HIV testing was more frequently among those who were 26-35 years old. The great majority of participants (95%) reported to know that HIV testing can be free for charge and confidential, 60,6% reported to having been tested with a standard test and 31,5% reported to have had the test at the HIV Early Detection and Counselling Centres. Differences were observed between those have been tested and those not: being younger, never used health services to search for information about HIV or for HIV infection suspicion, not have been part of HIV campaign in the last year and not living with a partner reporting more frequently never been tested.

Searching for HIV information at health services, have been part of HIV campaign in the last year and living with a partner were significantly associated with HIV testing.

Low perception risk was the most frequently cited as HIV testing obstacle, followed by fear of finding out the result and concern about anonymity and confidentiality.

These results suggest important contributions for the development of tailored programs focused on the promotion of HIV testing among men who have sex with men in Portugal.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	Fundamentação do Estudo	1
1.2.	Contextualização do Estudo	2
1.3.	Objectivos do Estudo	3
1.4.	Revisão da Literatura	4
1.4.1.	<i>Infecção VIH/sida – Uma Epidemia de Dimensão Mundial</i>	4
1.4.2.	<i>A Infecção VIH/sida em Portugal</i>	5
1.4.3.	<i>Infecção VIH/sida no Grupo de Homens que têm Sexo com Homens – Factores de Vulnerabilidade e Comportamentos de Risco</i>	6
1.4.4.	<i>O Aconselhamento e Teste na Infecção VIH/sida – Barreiras e Políticas</i>	11
1.4.4.1	<i>As políticas e recomendações para o Aconselhamento e Teste VIH em Portugal</i> ..	19
2.	MATERIAL E MÉTODOS	23
2.1.	Abordagem de Investigação e Tipo de Estudo	23
2.2.	População e Amostragem	23
2.3.	Métodos e Técnicas de Recolha de Dados	24
2.4.	Análise de Dados	26
2.5.	Questões Éticas e Deontológicas	27
2.6.	Conflitos de Interesses	27
3.	RESULTADOS	28
3.1.	Caracterização sócio-demográfica da amostra	28
3.2.	Caracterização do acesso aos serviços de saúde	29
3.3.	Caracterização da realização do teste VIH/sida	30
3.3.1.	Caracterização da proporção de Homens que têm Sexo com Homens que fizeram o teste pelo menos uma vez na vida	32
3.3.2.	Caracterização da proporção de Homens que têm Sexo com Homens que fizeram o teste no último ano	34
3.4.	Factores associados ao teste VIH nos últimos 12 meses – Análise por Regressão Logística	38
4.	DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	40
4.1.	Discussão	40
4.2.	Conclusões	46
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
	LISTA DE TABELAS	54
	ANEXOS	55

LISTA DE ABREVIATURAS

ADIS – Apoio Desenvolvimento Informação Sida

CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção do VIH

CDC – Centers for Disease Control

CNSIDA – Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida

CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a Sida

DSCS/PNT – Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde/Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose

DSMIA – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECDC – European Centers for Disease Prevention and Control

EMIS – European MSM Internet Survey

HAART – Highly Active Antiretroviral Therapy

HSH – Homens que têm Sexo com Homens

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

QALY – Quality Adjusted Life Years

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

TS – Trabalhadores do Sexo

UDI – Utilizadores de Drogas Intravenosas

1. INTRODUÇÃO

Desde a identificação do primeiro caso de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), nos anos 80, vários têm sido os estudos de investigação nesta área. É comumente reconhecido que a resposta eficaz a uma epidemia de expressão mundial exige uma atenção centrada na produção do conhecimento científico no qual se sustenta. Conhecer a dinâmica da infecção e compreender a forma como os indivíduos e a sociedade encaram a infecção e as pessoas que vivem com ela, é crucial para uma escolha adequada das estratégias a implementar com vista à diminuição da sua propagação.

1.1. Fundamentação do Estudo

O grupo dos Homens que têm Sexo com Homens é visto como estando associado a taxas elevadas de prevalência da infecção, sendo por esse motivo, considerado um dos grupos responsáveis pela sua disseminação (ECDC, 2010). Em Portugal não existem estudos objectivos que permitam conhecer o número de casos de infecção nem os factores associados à infecção nesse grupo.

De acordo com a classificação adoptada pela OMS/ONUSIDA, a epidemia portuguesa é do tipo concentrado. A prevalência na população geral portuguesa é inferior a 1% mas pelo menos em dois grupos vulneráveis conhecidos (utilizadores de drogas injectáveis e reclusos) é superior a 5% (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010). Desconhece-se a prevalência em grupos importantes como sejam homens que têm sexo com homens, trabalhadores do sexo e populações migrantes.

Tem vindo a ser reconhecido que vários grupos e populações tendem a apresentar maior vulnerabilidade à infecção VIH/sida devido a condições e factores individuais, sociais, económicos e culturais, que aumentam a vulnerabilidade a esta infecção (CNLCS, 2006). Os comportamentos que colocam os indivíduos em maior risco de infecção incluem relações sexuais desprotegidas, entre as quais relações sexuais anais desprotegidas com múltiplos parceiros (ONUSIDA, 2007). Neste contexto, e numa perspectiva preventiva, diferentes populações devem ser consideradas como alvos prioritários das estratégias de prevenção e de combate à infecção (ONUSIDA, 2007).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010 reconhece o grupo de Homens que têm Sexo com Homens como sendo vulnerável à infecção, definindo-o como uma das “populações com prevalência elevada – caracterizadas por uma exposição mais intensa e mais frequente, e por maior dificuldade de acesso a meios preventivos”, constituindo por isso uma prioridade na área da prevenção. É nesse sentido que o Objectivo 2.2 do Programa preconiza “Aumentar entre os homens que têm sexo com homens, (...), a proporção dos que acedem à informação, aos meios preventivos e aos serviços de saúde, promovendo a adopção de comportamentos preventivos, particularmente a utilização consistente do preservativo” (CNSIDA, 2007).

Contudo, o próprio Programa reconhece que não existem estudos metodologicamente sólidos realizados junto das populações mais vulneráveis que permitem conhecer a dinâmica da infecção nesses grupos, o que por sua vez resulta na escassez de objectivos quantificados, uma vez que não se dispõe verdadeiramente de qualquer quantificação para alguns indicadores indispensáveis à compreensão das características e tendências da infecção em Portugal.

Por outro lado, por se tratar de uma população considerada oculta, nem sempre os serviços dispõem de indicadores fiáveis. Como consequência, estes não são, por vezes, considerados uma prioridade de intervenção, ou então, quando considerados como tal, o desconhecimento da real dimensão e características da infecção nesse grupo pode conduzir ao desenho de programas inadequados (ECDC, 2009).

O conhecimento da magnitude e as tendências da infecção VIH nos diferentes estádios, na população geral e em grupos específicos, constitui um importante instrumento para a decisão informada e adequado planeamento das estratégias de prevenção ao permitir identificar os principais problemas e, consequentemente, definir prioridades de intervenção.

1.2. Contextualização do Estudo

Este estudo integra-se no projecto implementado pela Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical, denominado “*PREVIH – Infecção VIH/SIDA*”

nos Grupos de Homens que têm Sexo com Homens e Trabalhadores Sexuais: Prevalência, Determinantes e Intervenção de Prevenção e Acesso à Saúde”. O projecto é co-financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida através do Programa ADIS – Programa de Financiamento de Projectos e Acções no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010, e tem como objectivo geral contribuir para a redução da transmissão do VIH/Sida nas populações de Homens que têm Sexo com Homens (HSH) e Trabalhadores Sexuais (TS) em Portugal. Como objectivos específicos visa 1. Aumentar o conhecimento da situação epidemiológica nos Grupos Alvo dos HSH e TS; 2. Reduzir em 20% (a partir do levantamento de dados de linha de base) o número de pessoas que adoptam comportamentos de risco.

1.3. Objectivos do Estudo

O objectivo do presente estudo consiste em caracterizar a proporção de indivíduos que fez o teste de VIH/sida bem como os factores associados ao teste numa amostra da população dos Homens que têm Sexo com Homens em Portugal.

Deste decorrerem 3 **objectivos específicos**:

1. Descrever a proporção de Homens que têm Sexo com Homens que fez o teste no último ano;
2. Identificar os factores associados ao teste de VIH/sida nesse grupo;
3. Caracterizar a utilização de serviços de VIH/sida pelos Homens que têm Sexo com Homens;

Tendo como referência a definição de processo de investigação de Fortin (2003), este trabalho será constituído por 4 capítulos. O presente intitulado Introdução, identifica e fundamenta a problemática a estudar, contextualiza o estudo, identifica os seus objectivos e dá conta do resultado da Revisão de Literatura na área em estudo. Este primeiro capítulo integra assim a fase conceptual do estudo (Fortin, 2003). Os restantes reflectem as fases metodológica e empírica do estudo e consistem nos capítulos de Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. Adicionalmente, será feita

referência à bibliografia consultada e serão apresentados em anexo os documentos que ilustram os conteúdos descritos.

1.4. Revisão da Literatura

1.4.1. Infecção VIH/sida – Uma Epidemia de Dimensão Mundial

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é uma ameaça ao desenvolvimento social e económico das populações, constituindo um importante problema de saúde pública. Afecta de forma diversa, diferentes regiões e populações.

O Relatório anual da ONUSIDA e OMS refere que em 2009, cerca de 33,3 milhões de pessoas no mundo viviam com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), sendo que só nesse ano, 2,6 milhões contraíram a infecção (OMS/ONUSIDA, 2009). Apenas 5,2 milhões dos 15 milhões de pessoas que vivem com VIH em países de baixa e média renda que precisam de tratamento, têm acesso aos antirretrovíricos. Por outro lado, o número de novas infecções reduziu, nos últimos 10 anos, em 19% e o número de mortes relacionadas com o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) baixou em 19%, nos últimos 5 anos. Em 33 países, a incidência do VIH caiu em cerca de 25% entre 2001 e 2009, sendo que 22 desses países se situam na África Subsaariana. No entanto, essa tendência não se verificou em 7 países, sendo 5 deles da Europa de Leste e Ásia Central, em que a incidência aumentou para mais de 25% no mesmo período (ONUSIDA, 2010).

Na Região Europeia da OMS, foram diagnosticados em 2009, 53 427 casos de VIH em 49 países, com uma taxa de casos diagnosticados de 8.5 por 100 000 habitantes, verificando-se uma grande variação entre as 3 áreas geográficas da Europa: a Europa Oriental com uma taxa de 18.9 por 100 000 habitantes, a Europa Ocidental com 6.7 por 100 000 habitantes e a Europa Central com 1.4 por 100 000 habitantes (ECDC, 2010). O número mais elevado de casos reportados ocorreu por via heterossexual (43%); 18% dos casos foram reportados no grupo de Homens que têm Sexo com Homens, cerca de 15% em Utilizadores de Drogas Intravenosas (UDI) e 1% por transmissão mãe-filho. Cerca de 12% das infecções diagnosticadas ocorreram em indivíduos com idades compreendidas entre os 15-24 anos e 35% em mulheres (ECDC, 2010). Entre 2004 e 2009, o número de casos adquiridos por via heterossexual aumentou em 16%; o número

de casos diagnosticados entre HSH em 27%, o número de casos em UDI aumentou em 19% e o número de casos por transmissão mãe-filho em 8% (ECDC, 2010).

Tem-se verificado alterações nos padrões de transmissão em toda a Europa. Na Europa Oriental a via predominante de transmissão é a heterossexual (46%), seguida da via por utilização de drogas intravenosas (39%) que já ocupou o primeiro lugar. Menos de 1% foi diagnosticado em HSH. Na Europa Central, pese embora a epidemia do VIH permaneça estável e em níveis baixos, há evidências que apontam para o aumento da transmissão por via sexual (heterossexual e homossexual) em muitos países. O número de casos em HSH aumentou para o dobro entre 2004 e 2009. Na Europa Ocidental, a transmissão sexual é a via predominante com 14% dos casos VIH em heterossexuais e 37% em HSH (ECDC, 2010).

Um total de 6 568 casos de sida foi reportado por 48 dos 53 países que integram a Europa/OMS, representando uma taxa de 1.0 casos por 100 000 habitantes, sendo o maior número de casos da Europa Ocidental (4 361). O total acumulado de 189 530 mortes por sida, dos 355 028 casos diagnosticados desde o início da epidemia, leva a concluir que até finais de 2009, cerca de 165 000 pessoas viviam com diagnóstico de sida nessa região (ECDC, 2010).

1.4.2. A Infecção VIH/sida em Portugal

Portugal é um dos países da Europa Ocidental com mais casos de infecção VIH (EUROHIV, 2007). Até 31 de Dezembro de 2010, encontravam-se notificados 39 347 casos de infecção VIH/sida nos diferentes estadios (INSA, 2011). O maior número de casos associados à transmissão sexual corresponde à infecção no grupo de indivíduos heterossexuais totalizando 42,1% dos casos e a transmissão homossexual masculina é superior a 12% dos casos. O total acumulado de casos de SIDA é de 16 370. Os portadores assintomáticos são predominantemente indivíduos entre os 20 – 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (68,5%), associados principalmente a duas categorias de transmissão: “heterossexuais” (45,7%) e “utilizadores de drogas” (36,4%) (INSA, 2011).

Em número absoluto, os grupos dos Utilizadores de Drogas Intravenosas e dos Homens que têm Sexo com Homens apresentam menos casos de infecção diagnosticados em Portugal. Contudo, estes têm sido desproporcionalmente afectados pela epidemia

comparativamente à população heterossexual devido à sua dimensão relativamente pequena na população geral.

A epidemia em Portugal caracteriza-se pela sua concentração em determinados grupos populacionais. Segundo a classificação da OMS (OMS/ONUSIDA, 2007), uma epidemia diz-se concentrada quando a infecção se propaga rapidamente num determinado sub-grupo da população, mas não se encontra solidamente instalada na população geral. Os números da epidemia revelam a existência de comportamentos de risco em determinados grupos sendo um indicador indirecto a prevalência da infecção VIH situar-se sistematicamente acima dos 5% em pelo menos um grupo populacional, mas é inferior a 1% na população geral (OMS/ONUSIDA, 2007).

Assim, embora a maior percentagem de casos notificados se verifique na categoria de transmissão heterossexual, é em determinados grupos designados em maior situação de vulnerabilidade que se concentra a infecção por VIH em Portugal. A prevalência na população geral portuguesa situa-se abaixo de 1% mas em pelo menos dois grupos conhecidos (utilizadores de drogas injectáveis e reclusos) é superior a 5% (CNSIDA, 2007).

1.4.3. Infecção VIH/sida no Grupo de Homens que têm Sexo com Homens – Factores de Vulnerabilidade e Comportamentos de Risco

O termo “*Homens que têm Sexo com Homens*” (HSH) foi adoptado pela OMS e ONUSIDA para caracterizar o grupo social de homens que têm relações sexuais com outros homens, em diversas circunstâncias. Usado em investigação social e em saúde pública, especialmente no contexto da infecção VIH/sida desde 1990, a expressão cristalizou-se em 1994 por Glick et al (Young e Meyer, 2005). Trata-se de um conceito comportamental introduzido por epidemiologistas com vista ao estudo da expansão da infecção entre HSH independentemente da sua identidade social. Baseia-se no pressuposto que um homem que se auto identifica como homossexual ou bissexual pode não ser necessariamente activo sexualmente com outros homens e um homem que se identifica como heterossexual pode envolver-se sexualmente com homens, dependendo das circunstâncias.

Tratam-se de homens com experiências, estilos de vida, comportamentos e riscos associados ao VIH/sida diversos e heterogéneos. Desde homossexuais, bissexuais,

transgéneros, transexuais ou heterossexuais, homens em regimes de reclusão ou internatos, englobando assim particularidades sexuais e de género muito diversas (Dowsett, Grierson e McNally, 2006). De facto, uma avaliação sobre as redes e os comportamentos sexuais dos HSH na Ásia, concluiu que esta categoria populacional não corresponde a uma identidade única, não partilham características semelhantes que não o facto de praticarem sexo com outros homens (idem).

Os HSH têm sido o grupo onde o risco de infecção tem tido grande impacto em muitos países com epidemias concentradas. No Canadá, Estados Unidos da América e Austrália, continuam a representar o grupo mais frequentemente diagnosticado com a infecção por VIH (Sullivan, 2009). Em Espanha, foi o segundo maior grupo em casos de sida até 1998 e, actualmente, as práticas sexuais entre homens constituem a forma mais comum de exposição ao VIH entre homens. No Reino Unido, houve um aumento de 14% na prevalência estimada de infecção VIH nos HSH em 2002, mas uma proporção considerável de HSH infectados continua sem diagnóstico (idem).

Em resposta ao elevado risco de infecção dos HSH, muitos países têm estabelecido programas de vigilância para monitorizar os comportamentos associados à infecção nesta população.

Em Fevereiro de 2008, o ECDC promoveu um workshop em Estocolmo para discutir a vigilância epidemiológica nos HSH. Especialistas de 11 países da Europa Ocidental (Bélgica, Dinamarca, Alemanha, França, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido) reuniram-se com o objectivo de discutir os resultados de inquéritos comportamentais dirigidos a HSH e recomendar um conjunto uniformizado de indicadores chave para a vigilância comportamental nos HSH na Europa. Concluíram que os tópicos comumente introduzidos nos questionários dos países participantes são: Conhecimentos e atitudes, relações sexuais e parceiros sexuais, actividade sexual e estilos de vida, exposição ao risco de infecção, VIH e outras DST, uso de drogas e substâncias, características sócio-demográficas. Foram ainda identificados 4 indicadores principais: sexo anal não protegido, uso do preservativo, número de parceiros, teste VIH (ECDC, 2009).

Em 2009, o ECDC realizou uma revisão sistemática com o objectivo de identificar e descrever resultados de estudos que avaliam a eficácia das intervenções de prevenção de relações sexuais anais nos HSH que vivem na Europa; sumarizar a eficácia das

intervenções de prevenção em HSH na redução de sexo anal desprotegido e na infecção VIH e DST; identificar as características das intervenções associadas à eficácia e identificar lacunas em subpopulações alvo, características da intervenção incorporadas, resultados avaliados e metodologias. As principais conclusões identificaram um conjunto de estratégias de redução de risco tais como estratégias de posicionamento, coito interrompido, negociação e *serosorting*¹ que são usadas pelos HSH como formas de redução do risco de infecção por VIH.

As intervenções de redução de risco comportamental e psicossocial entre os HSH identificadas vão desde intervenções de nível individual – aconselhamento face-a-face, educação de pares, aconselhamento e teste, formação – ao nível de grupo – sexualidade e educação, treino de *skill* de redução de risco – e nível comunitário - actividades de *empowerment*, envolvimento em *chat rooms* e campanhas de *mass media*.

Não obstante o reconhecimento da importância deste grupo na infecção VIH/sida, há evidências de que as intervenções de prevenção dirigidas aos HSH têm sido escassas (ECDC, 2009). É referida a existência de uma baixa proporção de intervenções de prevenção para HSH na Europa, comparativamente a outros grupos. Os poucos estudos controlados que existem indicam a necessidade de investigação nesta área, ou seja, são necessários mais e melhores resultados de intervenções de prevenção de VIH e DST nos HSH na Europa. É necessário desenvolver mais e melhores estratégias, avaliá-las e disseminá-las, enquanto mecanismos fundamentais para a promoção da saúde nesta área, já que mudar os comportamentos sexuais de risco continua a ser importante enquanto não existe uma vacina profiláctica (ECDC, 2009).

Os Programas Nacionais de Prevenção com o objectivo de reduzir a transmissão da infecção na Europa precisam de colocar uma grande ênfase no grupo dos HSH. Na ausência de uma vacina eficaz e de capacidades curativas da terapia antirretrovírica actual, a prevenção comportamental e psicossocial com o objectivo de limitar os

¹ Processo pelo qual uma pessoa escolhe os seus parceiros sexuais com base no estatuto serológico para o VIH. O termo é frequentemente usado para descrever o comportamento de uma pessoa que escolhe um parceiro sexual assumindo como tendo o mesmo estatuto serológico para o VIH, com o objectivo de se envolver em relações sexuais desprotegidas. A intenção é reduzir o risco de adquirir ou transmitir o VIH. A prática existe desde o início da epidemia em que indivíduos seronegativos escolhiam não ter relações sexuais com parceiros infectados. Mais recentemente, tem sido verificado um aumento do número de pessoas seropositivas que escolhem ter relações desprotegidas com parceiros igualmente infectados.

comportamentos sexuais de risco permanece central no esforço para diminuir a transmissão do VIH nos HSH (ECDC, 2009).

Aparentemente, entre 1980 e 1990, os HSH terão baixado os comportamentos de risco associados à infecção VIH em muitas comunidades, tendo como consequência o abrandamento do crescimento da epidemia nesse grupo. Para isso, terão contribuído as campanhas públicas de educação para a saúde (Sullivan, 2009).

Num estudo realizado em S. Francisco (EUA) (Elkstrand et al, 1999) com o objectivo de analisar as mudanças nas taxas de relações anais desprotegidas ao longo do tempo, concluiu-se que entre 1995 e 1997, a prevalência anual de relações anais desprotegidas aumentou para 50% numa amostra de homens gays/bissexuais. Mais de dois terços dos homens reportaram o envolvimento em relações anais desprotegidas, sendo que cerca de metade o fizeram com parceiros cujo estatuto serológico para o VIH era desconhecido ou discordante.

Contudo, a infecção parece não afectar de igual modo os HSH. As características demográficas parecem ter uma influência nos comportamentos de risco de infecção do VIH nesse grupo (Valleroy et al, 2000). Nos anos 80, a epidemia do VIH entre os HSH nos EUA parece ter atingido o pico. No entanto, os estudos nos anos 80 eram essencialmente de amostras de homens com 30 anos ou mais. Há evidências que apontam a idade como um factor determinante na adopção de comportamentos de risco. Estudos realizados em grupos de homens com menos de 30 anos sugeriram incidências mais elevadas de VIH e a existência de mais comportamentos de risco do que em homens mais velhos (Valleroy et al, 2000).

Outros factores com impacto na prevalência da infecção nesse grupo são o país de origem (o estudo demonstrou uma prevalência mais elevada entre pessoas afro-americanas e hispânicos do que em autóctones), o número de parceiros sexuais ao longo da vida e a existência de infecções transmitidas sexualmente (idem).

Com o advento da terapêutica antirretrovírica, tem sido observado que as pessoas no geral e os HSH em particular terão reduzido os níveis de prevenção, com consequências no aumento do número de novas infecções, a partir do ano 2000, em muitos países (Sullivan, 2009). Com vista a avaliar o significado dessas observações, estudos realizados concluíram, que as taxas de notificação de VIH em HSH têm vindo a

aumentar, sugerindo a dificuldade de manutenção de comportamentos de risco a longo prazo (idem).

Este aumento de notificações de VIH poderia ser explicado por um maior acesso ao teste, contudo, os autores concluíram que não existem indicações de uma tendência consistente do aumento do teste que sugira uma explicação alternativa para o aumento das notificações. Há razões para acreditar que a terapêutica antirretrovírica veio alterar o comportamento sexual de risco dos HSH como evidenciado pelo aumento de comportamentos como o *Barebacking*² (ECDC, 2009).

Durante as últimas duas décadas vários estudos têm explorado os obstáculos à utilização do preservativo entre Homens que têm Sexo com Homens. Um estudo realizado por Carballo-Diéguez e Dolezal (1996), em homens porto-riquenhos que vivem na cidade de Nova Iorque, demonstrou uma elevada percentagem de relações sexuais desprotegidas numa população consciente dos benefícios da utilização do preservativo. A principal razão apontada para a não utilização do preservativo nos HSH porto-riquenhos prende-se com não gostar de usar preservativos, a confiança e as emoções para com o parceiro. A maioria dos participantes associou a utilização do preservativo à prostituição e encontros ocasionais. A falta de acesso ao preservativo e os inconvenientes do seu uso foram outros obstáculos identificados. A indiferença em relação ao sexo seguro resultante da percepção individual da enormidade da epidemia do VIH, colocando o indivíduo numa posição de pouco ou nada poder fazer para evitar a infecção, traduzindo assim a ideia de fatalidade da infecção, foi outro obstáculo identificado.

Em Portugal, existem dados limitados sobre a prevalência da infecção VIH no grupo dos Homens que têm Sexo com Homens, bem como dados comportamentais. Contudo, este é considerado particularmente vulnerável. Estima-se em 11,5% a prevalência de

² O *Barebacking* é um termo utilizado para descrever práticas sexuais anais sem protecção, ou seja, sem utilização de um preservativo. A palavra original em inglês indicava o acto de cavalgar sem sela. Trata-se de um fenómeno muito popularizado no seio da comunidade homossexual, após a introdução da terapêutica antirretrovírica. Várias têm sido as razões apontadas para a aceitação do *barebacking* nessa comunidade. A mudança da percepção da infecção de uma doença mortal sem cura para uma condição crónica controlável similar à diabetes, com melhor sobrevida e qualidade de vida, levou a que muitos homens deixassem de ter medo da Sida. As mensagens de educação sexual dirigidas à comunidade LGBT (nos países onde as mesmas foram introduzidas de forma mais coerente, como nos EUA) começaram a ser menos eficazes, num efeito quase de fadiga ao preservativo. O *barebacking* foi apresentado como uma eventual forma de “rebeldia”, isto é, uma forma de atingir a transcendência, de ultrapassar a pasmaceira da vida comum do dia-a-dia de uma sociedade hiper-racionalizada.

casos associados, embora os dados recentes sugerem um aumento da incidência da infecção nesta população (CNSIDA, 2007). A verdadeira dimensão da epidemia de VIH neste grupo é desconhecida, mas é, actualmente, considerado aquele que se encontra em maior risco de infecção VIH nos países da União Europeia (Comunicação da Comissão das Comunidades Europeias, 2009).

1.4.4. O Aconselhamento e Teste na Infecção VIH/sida – Barreiras e Políticas

Existem claras evidências de que o diagnóstico precoce da infecção VIH e subsequente tratamento pode resultar num melhor prognóstico para o indivíduo infectado, com uma baixa morbilidade esperada, melhoria da qualidade de vida e uma esperança de vida semelhante à normal (ECDC, 2010). A introdução da Terapêutica Antirretrovírica, conduziu a uma nova era na gestão da infecção VIH/sida, constituindo-se um potencial para melhorar a saúde dos indivíduos infectados, com ganhos significativos de saúde pública para a sociedade (Ivers e Mukherjee, 2007; Jenkins et al, 2006; Adler et al, 2009). Nesse contexto, as pessoas infectadas podem aceder a esquemas terapêuticos eficazes, mas isso só será possível se tiverem acesso a serviços de detecção da infecção e tiverem conhecimento do seu estatuto serológico. Assim, a realização do teste ao VIH constitui um ponto de entrada crítico não só por permitir o início do tratamento e da prestação de cuidados às pessoas que vivem com a infecção, mas também porque tem implicações importantes nos esforços de prevenção primária e secundária da infecção (Ivers e Mukherjee, 2007).

O diagnóstico precoce da infecção acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste resulta na diminuição de comportamentos de risco, constituindo um passo importante na diminuição da transmissão do vírus. Por outro lado, a detecção precoce da infecção associada a cuidados adequados apresenta elevados benefícios para os seropositivos: a terapêutica antirretrovírica tem melhores resultados se iniciado precocemente (CNSIDA, 2007; ECDC, 2009; Ivers e Mukherjee, 2007). Um estudo realizado por Chadborn et al, (citado por Adler et al, 2009) refere uma redução da mortalidade relacionada com sida de 56% para 32%. Ciancio et al (2006) apontou que cerca de 77% de todas as mortes relacionadas com sida ocorreram em doentes que quando diagnosticados já se encontravam em fases avançadas da infecção, com critérios clínicos e imunológicos de sida.

Apresenta ainda benefícios financeiros, na medida em que a detecção precoce da infecção diminui os custos ao aumentar a eficácia do tratamento das pessoas infectadas, quando este é iniciado precocemente (Beckwith et al, 2005) e pode evitar novas infecções. Apresenta uma relação custo-efectividade positiva mesmo em contextos de baixa prevalência (idem).

Wallensky et al (2005) quantificaram a diminuição da esperança de vida atribuível à infecção VIH não identificada e avaliaram a relação custo-efectividade do aconselhamento, teste e referenciação de rotina em pacientes de hospitais com uma prevalência de infecção VIH $\geq 1\%$. Concluíram que numa prevalência de VIH não diagnosticada de 1%, os programas de rastreio de VIH de rotina podiam não só aumentar a média da esperança de vida ajustada em 6,13 anos por 1000 indivíduos, como também ofereciam um bom *value for money* com um *ratio* custo-efectividade de \$35 400 por QALY ganhos.

Pese embora o reconhecimento universal da importância da detecção precoce na gestão da infecção VIH/sida, algumas evidências levam a concluir que não se verificou a tão desejada tendência da generalização do teste. Pelo contrário, de um modo geral, apontam para uma estagnação do número de pessoas que fazem o teste. Em 2009, dados reportados pelo ECDC dão conta que o número de testes realizados em 22 países europeus foi igual ao de 2008 e apontam para elevadas taxas de diagnósticos tardios³ (ECDC, 2009).

Vários estudos demonstram que a proporção de pessoas com diagnósticos tardios de infecção VIH tem aumentado no total da população infectada. Em Itália registou-se um aumento de 13.8% em 1993 para 32.5% em 2000 na percentagem de pessoas que à data do diagnóstico apresentavam critérios clínicos e imunológicos de sida (Adler et al, 2009). O mesmo padrão foi observado na Suécia em que o diagnóstico tardio aumentou de 22% em 1996 para 58% em 2002. Em França, a percentagem de pessoas infectadas numa fase tardia aumentou de 15.6% antes de 1996 para 41.9% depois de 1996 (idem).

³ Não existe uma definição *standard* para diagnóstico tardio. Numa revisão sistemática (Adler, Mounier-Jack & Coker, 2009), foram identificadas nove definições diferentes que foram agrupadas em 3 categorias: definições baseadas no tempo (de um ano a um mês desde o diagnóstico da infecção VIH ao diagnóstico de sida), definições baseadas em critérios imunológicos (contagem CD4 desde 50/ μ l a 350/ μ l, sendo a definição mais frequente CD4 < 200/ μ l) e definições baseadas em critérios clínicos (sinais e sintomas compatíveis com doença indicadora de sida).

De acordo com vários estudos, 25-33% dos indivíduos testados em serviços de saúde públicos ou em centros de testes não voltam para saber o resultado e muitas só tomam conhecimento do seu estatuto positivo para infecção no decurso da doença, altura em que o tratamento é pouco eficaz (Ma et al, 2007). Dados obtidos através de inquéritos nacionais de saúde nos EUA, de 1996 e 1997, mostraram que entre pessoas em situações de risco continuado (com múltiplos parceiros ou UDI) aproximadamente 30% nunca tinha sido testado para o VIH e apenas 27% a 34% tinha sido testado no último ano (Spielberg et al, 2003).

Globalmente, apenas 5 – 8% dos indivíduos infectados com o VIH têm conhecimento do seu diagnóstico (Ivers et al, 2007). Aproximadamente 280 000 pessoas infectadas nos EUA não sabem que estão (Jenkins et al, 2006). Estima-se que cerca de 30% das pessoas que vivem com a infecção VIH na União Europeia, desconhecem que estão infectadas, não beneficiando desse modo, do tratamento e podendo assim transmitir a infecção a outras pessoas e cerca de 70% nos países europeus vizinhos, ignoram que estão infectados por este vírus (ECDC, 2010).

Num estudo realizado entre Janeiro 1993 e Dezembro 2002, em Inglaterra e País de Gales, concluiu-se que um elevado número de HSH é ainda diagnosticado em fase avançada de infecção, não obstante a disponibilidade da terapêutica antirretrovírica. Os diagnósticos tardios afectam desproporcionalmente os HSH não brancos, mais velhos e diagnosticados em contextos não urbanos. Esta análise demonstrou que os HSH diagnosticados tardiamente são muito mais prováveis de morrer dentro de 1 ano por causas de morte preveníveis (Chadborn et al, 2005).

Persistem importantes crenças e barreiras à detecção do VIH, principalmente em grupos em situação de maior vulnerabilidade. Para maximizar os benefícios do aconselhamento e teste ao VIH em pessoas em situação de risco, é crucial conhecer e compreender as actuais barreiras ao teste de VIH e compreender como é que a disponibilidade de alternativas das metodologias de teste influencia as decisões sobre o aconselhamento e teste entre populações em situação de risco elevado de infecção.

Um estudo realizado em 1997 nos EUA (Campsmith et al, 1997) concluiu que 82% dos HSH nunca tinham feito o teste ao VIH, sendo que 57% acreditava que o seu risco de infecção era tão baixo que não justificava o teste. Cerca de metade referiu ter medo de saber o resultado do teste. Dos que referiram já ter feito o teste, 19% eram

seropositivos. Os HSH mais velhos, não brancos e de níveis socioeconómicos mais baixos eram menos prováveis de terem feito o teste.

Numa revisão sistemática sobre as barreiras ao teste VIH na Europa, Deblonde et al. (2010) identificaram, num universo de 40 estudos publicados em jornais internacionais, 3 tipos de barreiras ao teste em grupos populacionais tão distintos como grávidas, homens que têm sexo com homens e imigrantes. A nível individual foram referidos a baixa percepção do risco de estar infectado, medo da doença, receio da quebra de confidencialidade e receio de dificuldades de acesso aos serviços de saúde. As barreiras ao nível dos prestadores de cuidados de saúde incluem a ansiedade dos profissionais face à possibilidade de disponibilizar aos pacientes um teste de VIH e o receio de ter de comunicar um resultado positivo. Estes dados são consistentes com outros estudos (Beckwith et al 2005). A avaliação do risco por prestadores de cuidados nem sempre é adequada, na medida em que se os pacientes não revelam comportamentos de risco ou se o profissional não conseguir recolher informação relativa a comportamentos de risco dos pacientes, a avaliação sairá enviesada. As evidências apontam como razões para o profissional prestador de cuidados de saúde não disponibilizar o teste aos seus pacientes, o receio de tratar um paciente seropositivo para o VIH, o medo de ter de comunicar o diagnóstico de infecção, bem como os constrangimentos de tempo (idem). Deblonde et al (2010) sugeriram que várias oportunidades de diagnóstico são perdidas no contexto da prestação de cuidados de saúde regulares, devido a estas barreiras.

Uma terceira categoria de barreiras identificada por Deblonde et al (2010) diz respeito às barreiras institucionais e políticas. As consequências administrativas e legais associadas a determinados grupos populacionais (trabalhadores do sexo, imigrantes, homens que têm sexo com homens) podem contribuir para que esses grupos não procurem o teste.

No estudo de Ma et al (2007), com o objectivo de aumentar o número limitado de dados disponíveis sobre a aceitação do teste e as barreiras ao teste em adultos, numa província de Guizhou, China, foram identificadas as seguintes barreiras ao teste: a crença de não ter comportamentos de risco, o medo de ser visto por amigos, “as pessoas pensarem que tenho sida”, medo da quebra da confidencialidade por parte dos profissionais de saúde e o medo da discriminação no caso de estar infectado. Foram identificados como factores significativamente relacionados com a não realização do teste, a dificuldade em se

deslocar ao local do teste, a percepção de ter pouca saúde, a etnia e ter tido comportamentos de risco. O estudo demonstrou ainda que para os indivíduos com um baixo risco de estarem infectados, a decisão de fazer o teste para o VIH foi influenciada pelas pessoas das suas relações. Os que foram testados vieram em pequenos grupos, levando a concluir que a aceitação e o envolvimento da comunidade são importantes na decisão de fazer o teste.

Fakoya et al (2008) procuraram identificar as barreiras sociais, culturais e estruturais ao teste nos imigrantes da África Subsariana, com particular ênfase nas experiências do Reino Unido e Holanda. No Reino Unido, mais homens desconhecem o seu estatuto serológico para o VIH do que mulheres, provavelmente devido ao número de mulheres diagnosticadas nos cuidados pré-natais. O conhecimento sobre a infecção VIH nas comunidades africanas não parece traduzir uma percepção mais elevada do risco individual. Estudos demonstraram que aqueles que não usam o preservativo ou que o utilizam inconsistentemente não se percebem como estando em risco. Por outro lado, mesmo quando existe a percepção do risco, factores como a pobreza, o desemprego e más condições de habitação, podem constituir barreiras adicionais ao teste. O medo da doença e da morte pode suplantar os benefícios do teste, especialmente para os que são incapazes de aceder ao tratamento de VIH nos seus países de origem ou na Europa. As pessoas receiam a perda da confidencialidade, seja indirecta (serem vistos num serviço de saúde sexual e reprodutiva) ou directamente (percepção de que o pessoal administrativo pode revelar o seu estatuto serológico a outros membros da comunidade).

Em Portugal, num estudo que procurou descrever a proporção do teste de VIH numa amostra de imigrantes africanos e identificar os factores sócio-demográficos associados (Gama, Fraga e Dias 2010), concluiu que 52% dos participantes reportaram terem feito o teste, maioritariamente as mulheres. A idade, o género, o nível sócio-económico, escolaridade e a procura de informação sobre VIH no Serviço Nacional de Saúde estavam significativamente associados ao teste de VIH. As mulheres reportaram mais frequentemente terem feito o teste do que os homens. Entre os homens, aqueles com idades compreendidas entre os 26-35 anos, com mais anos de escolaridade e que procuraram informação no Serviço Nacional de Saúde apresentavam maior probabilidade de terem feito o teste.

Em muitos países, existem ambientes legais e políticos que não contribuem para maximizar a saúde de determinados grupos. A ausência de vontade política nalguns casos, as políticas restritivas e ausência de representantes desses grupos nos processos de decisão constituem factores importantes na decisão de não fazer o teste ao VIH. A criminalização de determinados actos pode agir como um desincentivo ao teste ao VIH, sendo que se estima que 25% da redução na realização do teste ocorrem como consequência da criminalização. Imigrantes indocumentados ou em situação não regular são por vezes relutantes em fazer o teste devido ao receio que o resultado tenha repercussões no seu processo de legalização (Fakoya, 2008).

O estudo *The HIV Testing Survey*, realizado nos EUA (citado por Spielberg et al, 2003) examinou as barreiras ao teste entre HSH, UDI e heterossexuais em situação de elevado risco de infecção, tendo sido identificadas as seguintes: não querer pensar sobre estar infectado, o medo do resultado, achar que é seronegativo, não querer expor-se, o tempo de espera pelo resultado, pouco poder fazer em caso de estar infectado. Outras razões (embora menos referidos) dizem respeito a quem poderia aceder ao resultado, que o nome fosse reportado, não ter tempo e o medo das agulhas.

Spielberg et al (2003) categorizaram as barreiras ao teste em factores individuais, factores associados aos programas, políticas e leis e factores decorrentes dos métodos de aconselhamento e teste nos EUA. Os factores individuais foram mais frequentemente mencionados do que os outros, sendo as 10 barreiras mais referidas: o medo do resultado, não estar preparado para lidar com um resultado positivo, a ansiedade associada ao tempo de espera do resultado, o medo da discriminação social, a preocupação com a notificação do nome, o medo da discriminação no acesso a seguros e ao emprego, inconveniência, incapacidade para aceder a tratamentos em caso de infecção, não querer ir a uma clínica e não querer tirar sangue (idem).

A maioria dos participantes no estudo demonstrou preferência pelo teste rápido ou o teste realizado em casa e formas alternativas ao aconselhamento face-a-face como por exemplo o acesso a materiais escritos para o aconselhamento pré-teste. A maioria mostrou preferência em receber o resultado por telefone. As razões pelas preferências evocaram no caso do teste rápido, o desejo por saber o resultado mais depressa devido à ansiedade que a espera provoca. Os que indicaram a preferência pelo teste realizado em

casa indicaram como razões maior privacidade, conveniência e rapidez. Menos de 1/3 dos participantes revelaram preocupação em relação às novas metodologias de teste. A mais frequente teve que ver com a precisão dos novos testes em relação aos testes serológicos tradicionais. Em relação aos testes realizados em casa foram apontadas preocupações relacionadas com possíveis erros do utilizador e ausência de aconselhamento (ibidem).

Os vários estudos têm disponibilizado importantes recomendações que têm informado decisões no que respeita à definição de políticas do teste. Fakoya et al (2008) recomendaram que as estratégias para aumentar a adesão ao teste de VIH devem sustentar-se na mobilização comunitária e em programas de *outreaching*. Devem igualmente ter em conta o medo do diagnóstico, realçar as vantagens do tratamento, e lidar com o estigma associado à infecção por VIH. Adicionalmente, devem dar prioridade aos direitos e à dignidade das pessoas diagnosticadas ou em risco de infecção.

Spielberg et al (2003) recomendaram a expansão da utilização do teste rápido como forma de ultrapassar a ansiedade associada ao tempo de espera pelo resultado (normalmente uma semana). Por outro lado, este tipo de teste revela maior eficácia, na medida em que permite que mais pessoas conheçam o seu estatuto serológico.

Na linha das conclusões referidas, e a título exemplificativo, o CDC encorajou a disponibilização do teste rápido a indivíduos de elevado risco de infecção antes de um teste confirmatório final (Spielberg et al 2003).

Em Dezembro de 2010, o ECDC publicou um conjunto de princípios chave que deverão nortear a actividade do teste VIH, com vista a informar o desenvolvimento, monitorização e avaliação das estratégias e/ou programas de teste nos países europeus. Tendo presente que o principal benefício do teste VIH é o acesso ao tratamento, esse deverá ser realizado por decisão do próprio, baseado no consentimento informado e com garantia de confidencialidade, para que os membros das comunidades marginalizadas possam procurar o teste sem medo de represálias ou vergonha (ECDC, 2010). Os programas de teste devem dar prioridade às pessoas que se encontram em maior risco de infecção, pelo que devem ser disponibilizados em diversos contextos como sejam nos serviços locais de cuidados de saúde e/ou serviços de *outreaching* para grupos marginalizados (idem). Os profissionais em todos os contextos de prestação de cuidados

de saúde devem estar vigilantes à possibilidade de infecção VIH não diagnosticada e conscientes dos factores de risco e os indicadores clínicos da infecção VIH.

Devem estar definidas as orientações sobre a frequência do teste para a população geral e para os grupos específicos. Alguns países recomendam o teste nos HSH anualmente ou mais frequentemente, de acordo com o comportamento sexual (ibidem).

Contudo, alguns estudos questionam a eficácia do teste e aconselhamento como medida de prevenção de comportamentos de risco. Um estudo realizado entre Setembro de 1997 e Julho de 1998 no Reino Unido, mostrou que os homens homossexuais que já tinham realizado 3 ou mais testes reportaram mais frequentemente comportamentos de risco (autor, ano). Estes resultados, consistentes com outros estudos, chamam a atenção para um subgrupo de pessoas que fazem o teste por repetição e que se envolvem em comportamentos repetitivos de elevado risco de infecção, podendo ter implicações importantes na definição de estratégias de aconselhamento pré e pós-teste.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde 2008 salientou a importância da abordagem da infecção VIH/SIDA no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, desde a importância de programas de aconselhamento, da complementaridade da prevenção, do tratamento e dos cuidados continuados. A detecção precoce numa perspectiva de cuidados primários, tem a potencialidade de facilitar a entrada no sistema de saúde, otimizar os resultados clínicos e melhorar a capacidade de planeamento dos serviços de saúde (Valdisseri et al, 1999).

O CDC em 2001 recomendou o teste VIH de rotina apenas em contextos onde a prevalência da infecção é maior ou igual a 1%. Em contextos onde a prevalência da infecção é < 1% a realização do teste deve basear-se na avaliação do risco de infecção por parte do profissional de saúde. Na prática, estas recomendações são de difícil implementação e limita a capacidade dos serviços de saúde em diagnosticar a infecção em mais pessoas. Os profissionais de saúde precisariam de deter um conhecimento específico da prevalência local da infecção. Por outro lado, em contextos de elevada prevalência podem existir redes sociais com baixa prevalência e vice-versa (Beckwith et al, 2005).

A OMS e a ONUSIDA têm recomendado o teste VIH na rotina da prestação de

cuidados, por iniciativa do prestador (*provider-initiated*)⁴ e com possibilidade de recusa do paciente (*opt-out*)⁵. (OMS/ONUSIDA, 2007) Está-se pois perante uma nova política em que o prestador de cuidados de saúde disponibiliza por rotina o teste VIH, independentemente do risco percebido. Trata-se de uma abordagem de base não discriminatória do risco, podendo o teste ser oferecido a todas as pessoas sexualmente activas. O teste deve ser um lugar-comum no contexto dos cuidados de saúde primários, assim como a análise do perfil lipídico, a mamografia, etc. Trata-se de uma nova orientação para a realização do aconselhamento e teste do VIH nos serviços de saúde em que o teste deve ser feito por rotina, a menos que o paciente o decline.

1.4.4.1 As políticas e recomendações para o Aconselhamento e Teste VIH em Portugal

O teste VIH em Portugal não é obrigatório e pode ser realizado de forma anónima, voluntária, confidencial e gratuita nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce. No contexto da prática clínica, a detecção precoce sustenta-se numa aproximação selectiva: nos utentes dos Programas de Vigilância da Gravidez e de Saúde Sexual e Reprodutiva conforme as disposições normativas da Direcção-Geral da Saúde (Circular Normativa n.º 01/DSMIA de 04.02.2004), nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (Circular Normativa n.º 19/DSCS/PNT de 17.10.2007) e nos centros de atendimento a utilizadores de drogas. A abordagem do teste VIH aos utentes do Serviço Nacional de Saúde no geral, está, por vezes, dependente da iniciativa individual dos profissionais de saúde e decorrente da sua sensibilidade face à infecção VIH (CNSIDA, 2007).

Contudo, tem-se verificado uma tendência crescente do acesso universal à detecção precoce da infecção em Portugal, conforme dá conta o Relatório Anual da Organização Mundial da Saúde “*Toward universal access: Scaling up priority HIV/AIDS intervention in the health sector*”, de Setembro de 2009. Portugal tem assumido o desafio de aumentar o acesso ao diagnóstico e o tratamento da infecção, procurando

⁴ Implica que o prestador de cuidados de saúde recomenda especificamente o teste VIH aos seus pacientes. O contrário – *client-initiated* – define as situações em que os indivíduos activa e voluntariamente procuram o teste nos serviços de saúde ou em iniciativas de base comunitária.

⁵ Significa que o teste é feito depois de notificar o paciente que o teste é por norma realizado a menos que este o decline. O contrário – *opt-in* – o teste é disponibilizado e ao paciente é activamente solicitado que dê a sua permissão para a sua realização.

criar oportunidades de identificação precoce e gestão da doença, assente na premissa de que o conhecimento da seropositividade VIH resulta na redução de comportamentos de risco e numa utilização mais eficiente das soluções terapêuticas. É evidente uma rápida expansão do teste em estruturas como centros de tratamento da toxicodependência, centros de diagnóstico pneumológico e centros de aconselhamento e diagnóstico voluntário.

Esta tendência crescente reflecte a adopção de uma série de medidas com vista ao acesso universal ao aconselhamento e teste VIH, na linha das políticas e orientações internacionais. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010 define como um dos objectivos prioritários, *“Assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico, reduzindo as barreiras à realização do teste voluntário e à efectivação de uma referenciação adequada”*. Assim, propõe disponibilizar a realização do teste VIH voluntário na rotina dos serviços públicos e privados de saúde; e assegurar às populações com dificuldades de acesso aos serviços formais de saúde, em particular as populações mais vulneráveis, o acesso ao aconselhamento, diagnóstico e referenciação adequados.

Em 2001, por Despacho do Ministro da Saúde em 20 de Novembro, foi autorizado o protocolo de articulação entre a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e as Sub-Regiões de Saúde para a criação e funcionamento dos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH (um por distrito), dando início à implementação da rede nacional dos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH, de acordo com o Plano Estratégico para o triénio 2001-2003. O objectivo era proporcionar a realização do teste da infecção VIH de forma voluntária, anónima, confidencial e gratuita, com aconselhamento pré e pós teste (CNLCS, 2003).

Em 2006, a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida recomendou a utilização dos testes rápidos nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH, tendo-se verificado um aumento exponencial do número de testes realizados (2006 – 14 258; 2007 – 25 032), mantendo essa tendência actualmente. Como consequência positiva da utilização dos testes rápidos nessas estruturas, diminuiu o número de pessoas que após

realização do teste desconheciam o seu resultado (2007 – 145; 2010 - 24) (CNSIDA, 2010).

Em 2008, com vista à redução do número de casos diagnosticados em fase avançada da doença, o Ministério da Saúde anunciou a gratuidade do teste rápido para todos os utentes do Serviço Nacional de Saúde (CNSIDA, 2008).

A par deste cenário nacional favorável ao acesso ao teste de VIH, permanecem questões às quais urge responder: escassez de informações sobre quem faz o teste e que factores estão associados ao teste e o elevado número de diagnóstico tardios.

À semelhança do que acontece nos países da União Europeia, estima-se que a proporção de doentes diagnosticados na população geral portuguesa numa fase avançada continua “elevada”. Um estudo realizado por (Miranda A. C., 2009) no Serviço de Infecção e Medicina Tropical do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), do Hospital de Egas Moniz, concluiu que 41,9% dos doentes a quem foi diagnosticada a infecção por VIH durante o período decorrido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2008, foram diagnosticados em estágio avançado de infecção, apresentando à data do diagnóstico critérios clínicos ou imunológicos de SIDA (TCD4 $+<200/\mu\text{l}$).

Num outro estudo cujo objectivo era compreender a magnitude e identificar as características associadas ao diagnóstico tardio (Carvalho C., 2009), foi aplicado, de Julho a Outubro de 2008 e de Janeiro a Fevereiro de 2009, um questionário voluntário e anónimo a doentes que frequentavam as consultas especializadas dos Hospitais de São João, Joaquim Urbano e Santa Maria. À data do diagnóstico, 65.3% dos doentes apresentavam uma contagem de linfócitos T CD4 $<350/\text{mm}^3$, o que foi considerado diagnóstico tardio.

O diagnóstico tardio da infecção por VIH é um dos factores responsáveis pelo aumento da incidência da Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) e de mortes associadas, sendo um importante obstáculo para a prevenção eficaz e para o controlo da propagação da infecção. (Miranda A. C., 2009). Tal acontece, porque a par de uma reduzida consciência da população em relação à percepção do risco auto-referente de infecção (baseada em crenças como a existência de grupos de risco), existe um reduzido envolvimento dos profissionais de saúde de 1ª linha face à infecção VIH, levando a que

se percam oportunidades de solicitar um teste a um utente do Serviço Nacional de Saúde (CNSIDA, 2007).

Uma melhor compreensão dos factores associados ao teste VIH em cada um dos grupos específicos bem como das barreiras ao teste poderá contribuir para o desenvolvimento de programas e estratégias adaptadas, com vista à melhoria da resposta à infecção.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo tem como objectivo caracterizar a proporção de indivíduos que fez o teste de VIH/sida bem como os factores associados ao teste numa amostra da população dos Homens que têm Sexo com Homens em Portugal.

2.1. Abordagem de Investigação e Tipo de Estudo

O estudo enquadra-se na categoria de investigação quantitativa, não experimental, descritiva e inferencial (Vetter, 2004). Trata-se de um estudo exploratório em que foi constituída uma amostra de Homens que têm Sexo com Homens e os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário. Caracteriza-se como um estudo transversal na medida em que todas as observações foram feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (idem).

2.2. População e Amostragem

A amostra do estudo foi constituída por homens que declararam ter tido sexo com outros homens, com idades superiores a 18 anos, residentes nas regiões da Grande Lisboa, Grande Porto, Centro e Sul, por serem consideradas zonas onde existe maior densidade deste grupo populacional. Dos 1080 indivíduos convidados para participar, 34 (3,1%) recusaram. Assim, foram colhidos dados sobre 1046 indivíduos que constituem a amostra deste estudo.

A escolha das regiões teve como referência a existência de projectos implementados que desenvolvem intervenções junto da população em estudo e por serem consideradas zonas de concentração deste grupo.

Os participantes foram recrutados através da técnica de *Snowball* (amostragem por bola de neve – Morrison, 1988; Faugier and Sargeant, 1997). Este procedimento de amostragem é definido da seguinte forma: os primeiros indivíduos foram seleccionados a partir das organizações que trabalham na área do VIH/sida. A cada indivíduo (fonte ou semente) foi pedido para nomear indivíduos diferentes na população de que é parte integrante. Os indivíduos que não estavam na primeira selecção mas foram nomeados pelos indivíduos que a constituem formam a primeira onda. A cada indivíduo na

primeira onda foi então solicitado para nomear k indivíduos diferentes e assim sucessivamente.

A opção por esta técnica de amostragem sustenta-se no seguinte: é possível obter uma elevada cobertura da população porque os respondentes, incluindo aqueles não atendidos nos serviços disponíveis são atingidos através das suas redes sociais (Abdul-Quader et al 2006). Permite ainda, a obtenção de um número suficientemente grande de participantes, cuja diversidade seja representativa desse grupo, relativamente a outros métodos de amostragem. Uma outra vantagem particular desta técnica é a sua competência cultural e a confiança inerente que confere aos potenciais participantes. Isto ajuda a aumentar a probabilidade do indivíduo identificado aceitar falar com o investigador (Sadler et al, 2010).

Algumas populações pelas suas características são pouco acessíveis a estudos de investigação. Aqueles que se envolvem em comportamentos considerados ilegais ou estigmatizantes os quais os colocam em risco de infecção por VIH, são difíceis de atingir por programas de vigilância de saúde pública e de prevenção. Estas populações incluem Utilizadores de Drogas Intravenosas, Trabalhadores Sexuais e Homens que têm Sexo com Homens (Abdul-Quader et al 2006).

Nas últimas 2 décadas, vários estudos têm sido conduzidos para recolher dados sobre comportamentos de risco e prevalência da doença em populações consideradas em situações de maior risco de infecção por VIH, como é o caso dos Homens que têm Sexo com Homens, utilizando o método de amostragem por *Snowball* (Abdul-Quader et al 2006).

2.3. Métodos e Técnicas de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de inquérito por questionário estruturado, aplicado por entrevistadores treinados especificamente para o efeito. O questionário foi elaborado, tendo por referência os indicadores definidos pela UNGASS (United Nations General Assembly Special Session), WHO (World Health Organization) e ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), pela Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical com a contribuição de todos os parceiros do

estudo. Por parceiros do estudo, entende-se as organizações governamentais e não governamentais que actuam na área da infecção VIH junto deste grupo específico.

O questionário incluía questões sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos face à infecção VIH e sobre variáveis sócio-demográficas. Para este estudo específico, foram tidas em conta as variáveis idade, nacionalidade, país de origem, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal, informações sobre o teste (se alguma vez fez o teste, local de realização do teste, o tipo de teste realizado e realização do teste nos últimos 12 meses), e informações sobre o acesso aos serviços de informação, prevenção e encaminhamento do VIH (serviços onde procura informação sobre a infecção VIH/sida, serviços a que recorre em caso de suspeita de infecção, acesso a campanhas e a meios preventivos (preservativos) e fontes preferenciais de informação).

Com vista a avaliar a adequação do questionário à população alvo, a sequência das perguntas, a existência de repetições, referências circulares ou incorrectas (Boynton, 2004), procedeu-se ao pré-teste do mesmo junto de 10 homens que declararam ter relações sexuais com outros homens. A informação recolhida durante o pré-teste no que respeita as dificuldades sentidas pelos entrevistadores e pelos inquiridos foi registada e analisada, tendo sido utilizada para reformular o questionário.

O questionário foi aplicado por entrevistadores inicialmente indicados pelas organizações parceiras que foram treinados para o efeito. Foram realizadas 6 sessões de treino onde foi discutido o questionário e todos os procedimentos inerentes à recolha de dados. Durante o treino foram realizadas sessões de *role-play* com o objectivo de familiarizar os inquiridores com o questionário e esclarecer dúvidas.

A colheita de dados decorreu no período de Janeiro a Outubro de 2010. Nenhuma informação foi recolhida em relação aos 34 sujeitos abordados que recusaram participar no estudo. A participação foi voluntária e a colheita de informação confidencial e anónima.

2.4. Análise de Dados

Os dados colhidos foram armazenados numa base de dados no programa informático *IBM SPSS Statistics* versão 19 que foi utilizado para a análise estatística dos dados. A análise foi feita recorrendo à estatística descritiva e inferencial. A análise exploratória de dados e a estatística descritiva permitiram explorar os dados para descobrir ou identificar os aspectos ou padrões de maior interesse com vista à caracterização da amostra em termos sócio-demográficos, do teste de VIH/sida e do acesso a serviços de saúde.

Procedeu-se à comparação de proporções utilizando o teste de Qui-Quadrado, a um nível de significância $\alpha=0,05$. Este teste permitiu testar se a distribuição dos elementos observados foi aleatória ou não.

Para a avaliação da magnitude das associações entre as categorias de variáveis foram calculados *odds ratios* com intervalos de confiança de 95%, usando a regressão logística. A partir do cálculo de *odds ratios* pode-se inferir que um determinado factor de risco estará mais associado aos casos do que outro, ou seja esse factor tem maior possibilidade de ser a causa (Rumel, D. 1986). Com o método de regressão logística, procurou-se responder às seguintes questões:

- Será que a probabilidade de ter realizado o teste VIH (variável resposta binária – fez ou não fez o teste) depende ou não das variáveis sócio-demográficas, do teste VIH e do acesso aos serviços de saúde (variáveis independentes)?
- Se sim, serão todas as variáveis igualmente importantes?

Para avaliar a qualidade do modelo ajustado, utilizou-se o teste do ajustamento de Hosmer & Lemeshow (Marôco, 2010). Esta estatística permite testar a hipótese de ajustamento do modelo aos dados, baseada na estimativa das probabilidades de sucesso de cada 1 das observações (Marôco, 2010). Assim, se o valor *p-value* do teste for superior a $\alpha=0,05$ podemos concluir que o modelo ajusta-se aos dados, ou seja, os valores estimados pelo modelo são próximos dos valores observados (Marôco, 2010).

Foram introduzidas no modelo todas as variáveis cuja interacção pretendia-se testar.

2.5. Questões Éticas e Deontológicas

O estudo foi submetido à aprovação à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte. A todos os participantes foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados individuais, através da atribuição de um código numérico gerado aleatoriamente e que identificou o questionário. Todos os técnicos e profissionais participantes no estudo (das organizações não governamentais) ficaram sujeitos ao segredo profissional. Foram cumpridos todos os critérios de privacidade e de protecção de dados. A cada participante foi informado, pelo inquiridor, do propósito da investigação e solicitado autorização para a utilização dos seus dados constantes do questionário de livre vontade. Esta autorização foi dada através de um consentimento informado oral, de forma a garantir o anonimato do participante.

2.6. Conflitos de Interesses

A autora trabalha na Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida mas declara não existirem conflitos de interesse.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Foram recolhidos dados de 1046 Homens que têm Sexo com Homens, com uma média de idades de 31,94 anos \pm 9,90 anos (dos 18 aos 78 anos). Entre os participantes, 88,5% é de nacionalidade portuguesa, 83,8% refere ser solteiro e 26% vive com um parceiro (do mesmo sexo – 3,6% ou do sexo oposto – 22,4)). O nível educacional encontrado foi elevado: 39,6% tem como habilitações literárias o ensino superior e 38,9% concluiu o ensino secundário. No que diz respeito à situação profissional, 69,7% está empregado e 18% é estudante. O rendimento mensal do agregado familiar apresenta o valor mediano de € 1.000,00, sendo que 37,8% situa-se entre os € 1.000,00 e os € 2.000,00 e 7,5% auferem mais de € 3.000,00 mês (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra
(n=1046)

	n	%
Idade (anos)	1045	100,0
18-25	291	27,8
26-35	436	41,7
36-45	216	20,7
≥ 46	101	9,9
Nacionalidade	1032	100,0
Portuguesa	913	88,5
Estrangeira	119	11,5
Estado civil	1005	100,0
Solteiro	842	83,8
Casado/União facto	108	10,7
Divorciado/Separado/Viúvo	55	5,5
Vive com parceiro	1028	100,0
Não	752	73,2
Sim	268	26,0
Não responde	8	0,8
Habilitações literárias	1035	100,0
Até o Ensino Básico	218	21,1
Ensino Secundário	407	39,3
Ensino Superior	410	39,6

Situação perante o trabalho	1024	100,0
Empregado	714	69,7
Desempregado	106	10,4
Reformado	19	1,9
Estudante	185	18,0
Rendimento mensal agregado familiar	1017	100,0
<1000€	427	42,0
>1000€	590	58,0

3.2. Caracterização do acesso aos serviços de saúde

No que respeita ao acesso aos serviços de saúde para obter informação sobre a infeção VIH/sida, 31,7% refere nunca ter recorrido a nenhum dos serviços, 27,2 refere ter recorrido ao CAD e 16,7% ao centro de saúde. Questionado sobre se já recorreu a algum serviço por suspeita de estar infectado, 40,6% refere nunca ter recorrido, 27,2% já recorreu ao CAD e 6,4 a uma ONG. Cerca de 60% refere não ter sido abrangido ou ter feito parte de nenhuma campanha de prevenção para o VIH/sida no último ano e 82,6% refere ter recebido preservativos gratuitos no mesmo período. Os participantes referiram preferir a Internet para obter informação sobre o VIH/sida (52%), seguido dos médicos/profissionais de saúde (20,5%) e dos meios de comunicação social (11,2%). (Tabela 2)

Tabela 2 - Características de acesso a serviços de saúde (n=1046)

Serviços a que já recorreu para obter informação sobre VIH/sida	Respostas afirmativas	% respostas afirmativas
CAD	528	27,2
Hospital Público	184	17,6
Centro de Saúde	175	16,7
ONG - Unidade móvel	118	11,3
Outros serviços	280	26,8
Nunca recorreu	332	31,7
Já recorreu a algum destes serviços se suspeitou estar infectado com o VIH/sida	Respostas afirmativas	% respostas afirmativas
CAD	284	27,2
Hospital Público	174	16,6
Centro de Saúde	139	13,3
ONG - Unidade móvel	67	6,4
Clínica/Hospital privado	66	6,3
Outros serviços	37	3,5

Nunca recorreu	425	40,6
Fontes de informação a que recorre mais frequentemente para obter informação sobre VIH/sida	Respostas afirmativas	% respostas afirmativas
Internet	506	52,0
Médicos/Profissional de saúde	199	20,5
Meios de comunicação social (TV, rádio, jornais)	109	11,2
Amigos e Parentes	63	6,5
Não precisa/ nunca tentou obter informações sobre o VIH/sida	33	3,4
Outros	62	6,4
	n	%
Já foi abrangido ou fez parte de alguma campanha de prevenção para o VIH/sida nos últimos 12 meses	1041	100,0
Não	626	60,2
Sim	394	37,8
Não sabe	21	2,0
Nos últimos 12 meses recebeu preservativos gratuitamente	1043	100,0
Sim	862	82,6
Não	181	17,4

3.3. Caracterização da realização do teste VIH/sida

Do total dos inquiridos, 87,8% referiu já ter feito o teste pelo menos uma vez na vida (Tabela 3) e 69,1% fez o teste no último ano (Tabela 4).

Tabela 3 – Proporção de HSH que já fizeram o teste pelo menos uma vez na vida (n=1046)

	n	%
Já fez o teste mesmo que não saiba o resultado	1045	100,0
Sim	918	87,8
Não	122	11,7
Não sabe/ Não responde	5	0,5

Tabela 4 – Proporção de HSH que fizeram o teste de VIH/sida no último ano (n=1046)

	n	%
Efectuou o teste no último ano	935	100,00
Sim	646	69,1
Não	281	30,1
Não sabe/ Não responde	8	0,8

Do total dos participantes, a maioria fez o teste tradicional (60,6%), 31,5% realizou-o num Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce (CAD), 18,2% num hospital público e 17,5% num centro de saúde. A maioria dos inquiridos (95%) referiu ter conhecimento de que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial (Tabela 5).

Tabela 5 - Características do teste de VIH/sida (n=1046)

	n	%
Sabe que o teste pode ser gratuito e confidencial	1045	100,0
Sim	999	95,6
Não	31	3,0
Não sabe/ Não responde	15	1,4
Local do teste	1046	100,0
CAD	330	31,5
Hospital Público	190	18,2
Centro de Saúde	183	17,5
Laboratório privado	114	10,9
Clínica/Hospital privado	97	9,3
ONG - Unidade móvel	60	5,7
Outros	27	2,6
Em mais do que um local	45	4,3
Tipo teste	901	100,0
Tradicional, resultado numa semana	546	60,6
Rápido	316	35,1
Ambos	39	4,3

Aproximadamente metade dos participantes apontou como razão para a realização do teste uma situação de emprego ou empréstimo e 26% para doar sangue. Apenas 2,3% referiu ter feito o teste na sequência de um comportamento de risco (Tabela 6).

Tabela 6 - Razões porque fez o teste (n=918)

	Respostas afirmativas	% Respostas afirmativas
Emprego/empréstimo	526	50,3
Doação sangue	272	26,0
Exames de rotina	94	9,0
Outro motivo	78	7,5
Cirurgia	46	4,4
Não se sentia bem	41	3,9
Parceiro pediu	35	3,3
Teve comportamentos risco	24	2,3

Aqueles que nunca fizeram o teste (cerca de 12%), apontam como principais razões para o não ter feito, a ausência de comportamentos de risco, o medo do resultado e o receio da quebra do anonimato e confidencialidade (Tabela 7).

Tabela 7 - Razões porque não fez o teste (n=122)		
	Respostas afirmativas	% Respostas afirmativas
Nunca teve comportamentos risco	42	4,0
Não se sente em risco	34	3,3
Não pensa nisso	24	2,3
Tem medo do resultado	23	2,2
Não sabe onde fazer o teste	18	1,7
Outro motivo	9	0,9
Medo que o resultado não seja anônimo/confidencial	8	0,8
Não acha importante fazer o teste	7	0,7
Não quer saber resultado apesar comportamento risco	4	0,4
O teste é caro	0	0,0

3.3.1. Caracterização da proporção de Homens que têm Sexo com Homens que fizeram o teste pelo menos uma vez na vida

Existem diferenças sócio-demográficas significativas entre os Homens que têm Sexo com Homens que fizeram o teste pelo menos uma vez na vida e os que nunca o fizeram. Os mais jovens – 18-25 anos – ($p < 0,001$) e aqueles que não vivem com um parceiro ($p < 0,001$) reportam mais frequentemente nunca o teste. Os HSH que mais frequentemente reportaram terem feito o teste situam-se na faixa etária entre os 26 e 35 anos. (Tabela 8)

Tabela 8 – Teste VIH/sida pelo menos uma vez na vida e Variáveis sócio-demográficas

Variáveis	Fez o teste				<i>p</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
	n	%	n	%	
Idade					
18-25 anos	215	23,4	74	60,6	< 0,001
26-35 anos	407	44,4	28	23,0	
36-45 anos	203	22,1	12	9,8	
> 46 anos	92	10,1	8	6,6	
Nacionalidade					
Portuguesa	797	88,1	111	91,7	0,559
Estrangeira	108	11,9	10	8,3	
Habilitações literárias					
Até Ensino Básico	185	20,4	31	25,6	0,036
Ensino Secundário	348	38,3	57	47,1	
Ensino Superior	375	41,3	33	27,3	
Situação Profissional					
Empregado	655	72,9	54	45,4	0,858
Desempregado	95	10,6	11	9,2	
Reformado	19	2,1	0	0,0	
Estudante	130	14,4	54	45,4	
Rendimento mensal					
< 1000 €	376	41,9	49	42,2	0,532
> 1000 €	520	58,1	67	57,8	
Vive com Parceiro					
Sim	258	28,6	12	9,9	< 0,001
Não	638	71,4	109	90,1	

Os que nunca fizeram o teste reportaram mais frequentemente que nunca recorreram a serviços para obter informação sobre o VIH/sida ($p < 0,001$), nem por suspeita de estar infectado ($p < 0,001$) e também não foram abrangidos nem fizeram parte de nenhuma campanha nos últimos 12 meses ($p = 0,009$). Observaram-se diferenças significativas entre os que fizeram o teste e os que nunca o fizeram, no que diz respeito ao conhecimento de que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial. Os que fizeram o teste reportaram mais frequentemente esse conhecimento (97,5% v.s 81,1%, $p < 0,001$). (Tabela 9)

Tabela 9 – Teste VIH/sida pelo menos uma vez na vida e Variáveis de acesso a serviços de VIH

Variáveis	Fez o teste				<i>p</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>		
	n	%	n	%	
Sabe que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial					
Sim	895	97,5	99	81,1	< 0,001
Não	23	2,5	23	18,9	
Recorreu a serviços para informação VIH/sida					
Sim	668	72,8	43	35,2	<0,001
Não	250	27,2	79	64,8	
Já recorreu a serviços por suspeita de estar infectado					
Sim	604	65,8	15	12,3	<0,001
Não	314	34,2	107	87,7	
Foi abrangido por campanha					
n	365	40,4	29	26,1	0,009
Não	539	59,6	82	73,0	
Recebeu preservativos últimos 12 meses					
Sim	764	83,4	93	76,2	0,179
Não	152	16,6	29	23,8	

3.3.2. Caracterização da proporção de Homens que têm Sexo com Homens que fizeram o teste no último ano

Do total dos participantes no estudo, 935 responderam à questão “Fez o teste VIH nos últimos 12 meses”, sendo que aproximadamente 69% respondeu afirmativamente. A comparação entre os que fizeram o teste e os que não o fizeram apenas demonstrou diferenças significativas no que concerne a idade ($p = 0,007$). À semelhança dos que fizeram o teste pelo menos uma vez na vida, os que mais frequentemente reportaram ter feito o teste no último ano situam-se na faixa etária entre 26 e 35 anos ($p = 0,007$).

Tabela 10 – Teste VIH/sida no último ano e Variáveis sócio-demográficas

Tabela 10 – Teste de hipótese de anova e variáveis socio-demográficas					
Variáveis	Fez o teste				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Idade					
18-25 anos	170	26,4	52	18,5	0,007
26-35 anos	290	44,9	121	43,1	
36-45 anos	132	20,5	12	25,3	
> 46 anos	53	8,2	8	13,1	
Nacionalidade					
Portuguesa	562	88,2	246	88,5	0,909
Estrangeira	75	11,8	32	11,5	
Habilitações literárias					
Até Ensino Básico	140	21,9	49	17,6	0,324
Ensino Secundário	237	37,1	110	39,4	
Ensino Superior	262	41,0	120	43,0	
Situação Profissional					
Empregado	450	71,1	208	75,4	0,391
Desempregado	71	11,2	24	8,7	
Reformado	12	1,9	7	2,5	
Estudante	100	15,8	37	13,4	
Rendimento mensal					
< 1000 €	269	42,6	112	40,7	0,594
> 1000 €	362	57,4	163	59,3	
Vive com Parceiro					
Sim	167	26,7	89	31,9	0,15
Não	458	73,3	190	68,1	

O conhecimento de que o teste pode ser gratuito e confidencial é mais frequente nos Homens que têm Sexo com Homens que reportaram ter feito o teste (98,1% v.s 94,7, $p = 0,001$). À semelhança dos resultados respeitantes aos HSH que fizeram o teste pelo menos uma vez na vida, foi possível observar que aqueles que reportaram terem feito o teste no último ano recorrem mais frequentemente aos serviços para obter informação sobre o VIH/sida ($p < 0,001$) ou por suspeita de infecção ($p = 0,001$) e receberam preservativos gratuitos no último ano ($p = 0,006$). Entre aqueles que referiram não terem feito o teste, não ter sido abrangido por uma campanha no último ano estava associado à não realização do teste ($p = 0,01$). Relativamente às variáveis ter recorrido a serviços para obter informação ou por suspeita de infecção, uma percentagem significativa dos que não fizeram o teste não responderam à questão (Tabela 11).

Tabela 11 – Teste VIH/sida no último ano e Variáveis de acesso a serviços de VIH

Variáveis	Fez o teste				p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sabe que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial					
Sim	634	98,1	266	94,7	0,001
Não	12	1,9	15	5,3	
Recorreu a serviços para informação VIH/sida					
Sim	493	76,3	176	62,6	<0,001
Não	153	23,7	105	37,4	
Já recorreu a serviços por suspeita de estar infectado					
Sim	437	67,6	159	56,6	0,001
Não	209	32,4	122	43,4	
Foi abrangido por campanha					
Sim	275	43,2	93	34,1	0,01
Não	361	56,8	180	65,9	
Recebeu preservativos últimos 12 meses					
Sim	554	85,8	219	78,5	0,006
Não	92	14,2	60	21,5	

Existem diferenças significativas entre o tipo de teste efectuado e a escolaridade, o rendimento mensal do agregado familiar e vive com um parceiro. Aqueles que não vivem com um parceiro, que auferem mais de 1.000,00 € e empregados reportaram mais frequentemente terem efectuado o teste tradicional. Os HSH com o ensino superior referiram terem efectuado ambos os testes. A amostra inclui poucos Homens que têm Sexo com Homens com mais de 46 anos, reformados e estudantes que fizeram ambos os testes (Tabela 12).

Tabela 12 – Tipo de teste e variáveis socio-demográficas

Variáveis	Rápido		Tradicional		Ambos		p
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
18-25 anos	92	29,2	113	20,7	5	12,8	< 0,001
26-35 anos	154	48,7	223	40,9	22	56,4	
36-45 anos	50	15,8	139	25,5	10	25,6	
> 46 anos	20	6,3	70	12,9	2	5,2	
Nacionalidade							
Portuguesa	268	86,5	482	89,3	33	86,8	0,459
Estrangeira	42	13,5	58	10,7	5	13,2	
Escolaridade							
Até Ensino Básico	71	22,7	103	19,1	8	20,5	0,001
Ensino Secundário	141	45,0	194	36,0	9	23,1	
Ensino Superior	101	32,3	242	44,9	22	56,4	
Situação Profissional							
Empregado	213	68,7	403	75,5	27	69,2	0,002
Desempregado	34	11,0	50	9,4	11	28,2	
Reformado	7	2,3	12	2,2	0	0,0	
Estudante	56	18,0	69	12,9	1	2,6	
Rendimento Mensal							
< 1000 €	143	46,1	205	38,6	20	52,6	0,04
> 1000 €	167	53,9	326	61,4	18	47,4	
Vive com Parceiro							
Sim	71	23,0	165	31,0	13	35,1	0,029
Não	239	77,0	367	69,0	24	64,9	

Os HSH que já recorreram a serviços para obter informação sobre VIH/sida reportaram mais frequentemente terem efectuado ambos os testes ($p = 0,002$), enquanto os que recorreram aos serviços por suspeita de infecção referiram terem efectuado o teste rápido ($p < 0,001$). O teste tradicional foi efectuado maioritariamente por aqueles que não foram abrangidos por uma campanha no último ano. A amostra inclui poucos HSH que não sabem que o teste pode ser gratuito e confidencial e que receberam preservativos no último ano que referiram terem efectuado ambos os testes (Tabela 13).

Tabela 13 – Tipo de teste e variáveis de acesso a serviços saúde

Variáveis	Rápido		Tradicional		Ambos		p
	n	%	n	%	n	%	
Sabe que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial							
Sim	312	98,7	528	96,7	38	97,4	< 0,001
Não	4	1,3	8	3,3	1	2,6	
Recorreu a serviços para informação VIH/sida							
Sim	251	79,4	374	68,5	31	79,5	0,002
Não	65	20,6	172	31,5	8	20,5	
Já recorreu a serviços por suspeita de estar infectado							
Sim	246	77,8	322	59,0	27	69,2	< 0,001
Não	70	22,2	224	41,0	12	30,8	
Foi abrangido por campanha							
Sim	155	49,7	183	34,1	17	43,6	< 0,001
Não	157	50,3	353	65,9	22	56,4	
Recebeu preservativos últimos 12 meses							
Sim	289	91,7	422	77,4	37	94,9	< 0,001
Não	26	8,3	123	22,6	2	5,1	

3.4. Factores associados ao teste VIH nos últimos 12 meses – Análise por Regressão Logística

A análise por regressão logística permitiu concluir que apenas as variáveis “vive com um parceiro” ($p=0,023$), “recorreu a serviços para obter informação sobre VIH/sida” ($p<0,001$) e “foi abrangido ou fez parte de uma campanha nos últimos 12 meses” ($p=0,04$) são estatisticamente significativas no modelo, para o nível de significância considerado ($\alpha=0,05$). Assim, a probabilidade de ter feito o teste é 0,69 vezes menor para quem vive com um parceiro em comparação com quem não vive com um parceiro ($OR=0,69$, $IC95\% = [0,48-0,98]$), é 1,82 vezes maior para os que recorreram a serviços de informação VIH em comparação com os que não recorreram ($OR=1,81$, $IC95\% = [1,29-2,56]$) e 1,45 vezes maior para aqueles que foram abrangidos por uma campanha nos últimos 12 meses comparativamente aos que não foram abrangidos ($OR=1,45$, $IC95\% = [1,03-2,04]$). A probabilidade de realizar o teste é 0,30 vezes menor para os

HSH na faixa etária dos 36-45 anos em comparação com os mais novos – 18-25 anos (OR=0,30, IC95% = [0,14-0,60] (dados dos OR Brutos não apresentados em tabela). Quando ajustado para todas as variáveis, a variável idade perde significância estatística.

Tabela 14 - Factores associados à realização do teste nos últimos 12 meses			
	OR Ajustados*	IC 95%	p-value
Variáveis sócio-demográficas			
Idade			
18-25 anos	1		
26-35 anos	0,74	0,48 - 1,12	0,156
36-45 anos	0,63	0,38 - 1,04	0,075
≥46 anos	0,73	0,37 - 1,41	0,346
Nacionalidade			
Portuguesa	1		
Estrangeira	1,15	0,69 - 1,92	0,583
Habilitações literárias			
Até Ensino Básico	1		
Secundário	0,72	0,45 - 1,16	0,173
Superior	0,76	0,48 - 1,27	0,312
Rendimento mensal			
<1000€	1		
>1000 €	1,17	0,82 - 1,67	0,386
Vive com parceiro			
Não	1		
Sim	0,69	0,48 - 0,98	0,040
Variáveis informação teste/serviços de VIH			
Recorreu a serviços para informação VIH/sida			
Não	1		
Sim	1,81	1,23 - 2,56	0,001
Foi abrangido por campanha últimos 12 meses			
Não	1		
Sim	1,45	1,03 - 2,04	0,002
Hosmer-Lemeshow	p=0,796		
n	927		

* Ajustados para todas as variáveis.

A variável “recebeu preservativos gratuitos no último ano” não foi contemplado no modelo final na medida em que anula o efeito da variável “foi abrangido por uma campanha no último ano”.

A estatística do teste de ajustamento de Hosmer & Lemeshow é de 4,637 (p=0,796). Para $\alpha=0,05$ o modelo apresenta um bom ajustamento aos dados.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O grupo de Homens que têm Sexo com Homens é um dos mais afectados pela infecção VIH/sida desde o início da epidemia. Conhecer as características da infecção nesse grupo no que respeita aos determinantes, conhecimentos, atitudes e comportamentos é fundamental para informar para o desenho de intervenções culturalmente adaptadas e a definição de políticas amigáveis.

Este estudo tem como objectivo caracterizar a proporção de indivíduos que fez o teste e identificar os factores que estão associados ao teste de VIH numa amostra de Homens que têm Sexo com Homens em Portugal. Espera-se que o conhecimento dos factores associados ao teste VIH permita compreender as necessidades futuras e motivar a criação de programas de teste que respondam às necessidades identificadas.

4.1. Discussão

Este estudo demonstrou que cerca de 88% dos participantes já fez o teste pelo menos uma vez na vida, sendo que cerca de 70% o fez no último ano. O teste VIH no grupo dos HSH parece ser mais frequente do que na população geral Portuguesa (44% de uma amostra representativa de indivíduos entre os 16-64 anos referiu ter feito o teste no Inquérito Nacional sobre o Comportamento Sexual e Infecção VIH/sida, Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, 2009) e na comunidade dos imigrantes (51,2% referiu ter feito o teste, Dias et al., 2010). Estes resultados são, ainda, mais elevados que os encontrados em estudos europeus: Mc Daid & Hart (2011) reportaram uma proporção de 50% de HSH inquiridos em Glasgow e Edimburgo que fez o teste no último ano; no estudo *European MSM Internet Survey - EMIS* (2010), envolvendo 180.000 HSH de 40 países europeus (incluindo Portugal) apontou uma proporção de 45,9% de HSH em Portugal (n=5391) e de 34,6% (média dos países) que realizaram o teste VIH no último ano. Os dados do EMIS demonstram que Portugal é, conjuntamente com Espanha, Bélgica e França, dos países europeus onde o teste VIH no último ano é mais frequente neste grupo populacional. A elevada proporção de HSH que fizeram o teste neste estudo deve-se eventualmente ao facto da maioria dos participantes terem sido recrutados através de Organizações Não Governamentais que desenvolvem intervenções dirigidas a esse grupo.

Neste estudo, os mais jovens e os que não vivem com um parceiro reportaram mais frequentemente que nunca fizeram o teste. Resultados semelhantes aos deste estudo foram reportados por Valleroy et al. (2000) e Jin et al. (2002). Ambos os estudos apontaram os mais jovens como menos prováveis de efectuarem o teste. Os autores identificaram incidências elevadas de infecção e de comportamentos de risco em HSH mais jovens comparativamente aos mais velhos. Tendo em conta que a prevalência da infecção VIH e os comportamentos sexuais de risco associados são elevados em HSH jovens (Valleroy et al, 2000), os autores sugerem que a probabilidade de uma infecção recente nesse grupo é elevada. Mesmo no caso dos HSH jovens que fizeram o teste VIH no último ano cujo resultado foi negativo a probabilidade de se infectarem num futuro próximo é elevada (idem). Neste sentido, os esforços de prevenção devem continuar no sentido de tornar disponível e atractivo os serviços de aconselhamento e teste VIH para que os HSH conheçam o seu estatuto serológico, recebam aconselhamento apropriado e sejam referenciados para os cuidados adequados necessários.

Por outro lado, os HSH que não vivem com um parceiro fazem menos frequentemente o teste. Ter confiança no parceiro e as emoções face ao parceiro são obstáculos adicionais ao comportamento sexual seguro (Jin et al., 2002). Estes dados apontam para a necessidade de intervenções dirigidas que desafiem a crença de que uma relação comprometida é uma salvaguarda contra a infecção VIH/sida.

Contudo, é de salientar que na amostra em estudo, as variáveis idade e viver com um parceiro não são independentes ($p < 0,001$). Os que não vivem com um parceiro situam-se nas faixas etárias mais jovens. Neste sentido, a não realização do teste pode depender mais do factor idade ou do facto de não viver com um parceiro.

Na amostra do estudo, não se verificaram diferenças entre os níveis de escolaridade e a realização do teste, contrariando alguns estudos que apontam a escolaridade como factor determinante do teste VIH. Os níveis mais elevados de escolaridade estão associados a níveis mais elevados de conhecimento VIH, de conhecimento da disponibilidade dos serviços de saúde e taxas mais elevadas do teste VIH. Neste estudo, a ausência de diferenças significativas entre o nível educacional e o teste VIH pode ser explicada pelo facto da amostra do estudo ser maioritariamente constituída por indivíduos com elevados níveis de escolaridade (80% dos participantes tinha como habilitações literárias o ensino secundário e superior).

Uma percentagem significativa dos participantes (31,5%) referiu ter feito o teste nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce VIH, onde o teste é voluntário, anónimo, gratuito e confidencial. Este resultado confirma a importância de existirem programas que promovam o acesso ao teste às pessoas que receiam a quebra do anonimato.

Cerca de 18% referiu ter feito o teste num centro de saúde e que já recorreu a esse tipo de serviço para obter informação sobre o VIH e 13% em caso de suspeita de infecção, sugerindo, por um lado, significativas potencialidades de prevenção da infecção ao nível dos Cuidados de Saúde Primários. Por outro lado, este resultado poderá ser interpretado, de acordo com outros estudos, de que algumas oportunidades de diagnóstico no contexto dos Cuidados de Saúde Primários são perdidas (Deblonde et al, 2010; Beckwith et al (2005) devido a existência de barreiras individuais e dos próprios serviços. Assim, justifica-se uma maior aposta na generalização do teste nos serviços regulares de saúde, ao mesmo tempo, trabalhar no sentido de erradicar as barreiras à abordagem da promoção do teste, designadamente aumentando a consciência dos profissionais de saúde a esse nível de prestação de cuidados para os comportamentos de risco sinais e sintomas da infecção.

Estes resultados parecem sublinhar a importância de um dos objectivos prioritários do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção VIH/sida que consiste em generalizar o acesso à detecção precoce da infecção, na linha das orientações da OMS (2008) e do CDC (2001) que salientam a importância da abordagem da infecção VIH/SIDA no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e a extensão do teste VIH na rotina da prestação de cuidados, por iniciativa do prestador e com possibilidade de recusa do paciente.

Os que nunca fizeram o teste reportaram mais frequentemente que nunca recorreram a serviços para obter informação sobre o VIH/sida, nem por suspeita de estar infectado. Foram também os que menos referiram ter conhecimento de que o teste VIH pode ser gratuito e confidencial. Estes resultados podem sugerir necessidades de informação junto daqueles que não são abrangidos por intervenções de prevenção.

Por outro lado, ter sido abrangido no último ano por uma campanha e ter recorrido a serviços para obter informação sobre VIH/sida estavam associados a elevadas probabilidades de realização do teste.

Estes resultados demonstram à semelhança de outros estudos (Keating et al, 2005; Carballo-Diéguez e Dolezal, 1996) que o acesso a campanhas e a serviços de informação estavam significativamente associados ao teste VIH.

A utilização de campanhas é uma das mais importantes estratégias de comunicação para a mudança comportamental no que respeita a prevenção da infecção VIH/sida. Estudos realizados para avaliar o efeito das campanhas e as formas mais eficazes de intervenções através dos *media* dirigidas à população geral e/ou a grupos populacionais específicos, relativamente a mudanças de atitudes face ao teste VIH, têm demonstrado efeitos imediatos na adesão ao teste VIH, embora os efeitos a longo prazo não tenham sido observados (Keating et al, 2006).

As evidências sugerem que a exposição a programas de informação aumenta o conhecimento das comunidades sobre a importância da adopção de medidas de prevenção como sejam a utilização do preservativo e o teste VIH. Ter conhecimento sobre serviços que disponibilizam informação e meios preventivos está positivamente associado ao aumento do conhecimento e percepção do risco de infecção assim como da importância do uso consistente do preservativo (Keating et al, 2006).

Este estudo demonstrou que cerca de metade dos participantes tem como fonte preferencial de informação a Internet (dados semelhantes foram encontrados por Liu et al. (2010) em que 48,7% dos HSH referiu a Internet como fonte de informação mais frequente) e 20,5% recorre mais frequentemente aos meios de comunicação social. Estes resultados devem ser tidos em conta na escolha dos meios de divulgação e das características das mensagens veiculadas, com vista assegurar que a informação está facilmente disponível e é entendível para os grupos aos quais ela é dirigida.

Este estudo permitiu ainda identificar algumas barreiras ao teste neste grupo. Pese embora a elevada percentagem de participantes que já realizou o teste pelo menos uma vez na vida, podendo sugerir a existência de poucas ou nenhuma barreiras ao teste neste grupo, importa referir que, dos que nunca fizeram o teste, as razões apontadas para o não terem feito são concordantes com alguns dos estudos publicados (Campsmith et al, 1997; Spielberg et al, 2003; Ma et al, 2007; Deblonde et al, 2010). A baixa percepção do risco de estar infectado é a razão mais apontada pelos indivíduos que nunca fizeram o teste. O medo de conhecer o estatuto serológico é uma das razões mais frequentemente apontadas para a não realização do teste. Este resultado pode sugerir a

existência de lacunas de informação que precisam de ser trabalhadas. Os indivíduos podem ser mais motivados para o teste se tiverem conhecimento da existência de regimes terapêuticos antirretrovíricos mais eficazes que se tomados precocemente podem melhorar a qualidade de vida e aumentar a esperança de vida das pessoas infectadas.

Outra das razões apontadas para a não realização do teste VIH refere-se ao medo de que o resultado não seja anónimo e confidencial e sugere que é essencial a existência de serviços de teste anónimo para aqueles preocupados com a quebra do anonimato. Educar as pessoas para o significado da disponibilidade do teste anónimo e da confidencialidade pode ajudar a diminuir as barreiras ao teste em pessoas em situação de elevado risco.

O presente estudo não teve como objectivo identificar as preferências pelas estratégias do teste. Contudo, foi possível concluir que os Homens que têm sexo com Homens que não vivem com um parceiro, que auferem mais de 1.000,00 €, empregados e que não foram abrangidos por uma campanha no último ano reportaram mais frequentemente terem efectuado o teste tradicional. Os HSH com o ensino superior e aqueles que já recorreram a serviços para obter informação sobre a infecção VIH/sida referiram terem efectuado ambos os testes. A utilização do teste rápido foi significativa entre os que recorreram aos serviços por suspeita de infecção. Spielberg et al. (2003) apresentaram resultados que demonstram maior preferência pelo teste rápido muito devido à ansiedade associada ao tempo de espera do resultado (cerca de 1 semana com o teste tradicional). O teste rápido é mais eficaz na medida em que uma maior percentagem de pessoas conhece o seu resultado. Foi nesse sentido que a CNSIDA recomendou em 2006 a introdução do teste rápido nos CAD e em 2008 a sua generalização nos cuidados de saúde. A utilização do teste rápido em Portugal é recente, sendo que só em 2008, passou a estar disponível em todos os CAD e nalguns centros de saúde. Até então, não existia a possibilidade de optar por esta metodologia de teste, pelo que os resultados encontrados não traduzem preferências dos HSH.

As razões apontadas para a realização do teste traduzem, igualmente, uma baixa percepção do risco. Cerca de 50% referiu ter feito o teste devido a um emprego ou empréstimo, 26% por doação de sangue e 9% por exames de rotina. Apenas 2,3% refere ter feito o teste por ter tido um comportamento de risco. Tendo em conta que o grupo de

Homens que têm Sexo com Homens é considerado como estando associado a elevadas prevalência de infecção, importa salientar a necessidade de uma maior aposta na disponibilização de informação que aumente a consciência deste grupo face a situações de risco reais.

Os resultados reportados precisam de ser vistos à luz das limitações inerentes ao próprio estudo. Como referido anteriormente, a amostra foi constituída, maioritariamente por HSH utentes de intervenções e programas de prevenção no contexto de organizações comunitárias deixando de fora aqueles que por norma não beneficiam de intervenções de prevenção. Isto pode ter conduzido a uma sobre-representação dos HSH mais informados e sensibilizados para a temática do VIH.

Os critérios de conveniência na escolha das regiões abrangidas, nomeadamente a existência de projectos implementados que desenvolvem intervenções junto da população em estudo, podem ter introduzido viéses importantes. Pese embora as amostras de conveniência apresentem como vantagem a possibilidade de recrutar um maior número de HSH que possam estar em risco de infecção, estas tendem a sobre-representar as características em estudo, como parece ter sido neste caso.

O método de amostragem *snowball*, embora indicado para estudos dirigidos a grupos com as características da amostra deste estudo, sustenta-se no processo de selecção inicial dos respondentes para a obtenção da lista de todos os participantes que constituirão a amostra em estudo. O problema é que os respondentes iniciais tendem a indicar pessoas com características demográficas semelhantes (Marôco, 2010). Assim, é altamente provável que os sujeitos partilhem os mesmos traços e características, e que a amostra que o investigador irá obter é apenas um pequeno subgrupo da população; Ou seja, dependendo dos indivíduos seleccionados na primeira onda (mesmo observando o princípio da aleatoriedade), as características da amostra podem diferir, colocando em causa a representatividade da população em estudo e, consequentemente, constrangimentos à generalização dos dados obtidos.

Contudo, é de salientar que no processo de amostragem houve a preocupação em que a amostra evidenciasse a diversidade de escolha de locais e dos participantes inicialmente seleccionados.

Outra possível limitação do estudo pode estar relacionada com a forma de aplicação do questionário. A administração indirecta por inquiridores treinados pode ter inibido os

participantes de responder a questões do foro íntimo ou então, a responder de acordo com o que consideram socialmente correcto, tendo em conta que as questões versavam sobre a sexualidade e práticas sexuais dos participantes.

4.2. Conclusões

Este trabalho integra-se no primeiro estudo quantitativo desenvolvido com o objectivo de caracterizar o teste VIH e os factores associados no grupo de Homens que têm Sexo com Homens em Portugal. Os resultados apontam para uma elevada proporção de HSH que fizeram o teste pelo menos uma vez na vida e sugerem que aqueles que foram alvo de uma campanha de VIH no último ano, que recorreram aos serviços para obter informação e aqueles que não vivem com um parceiro são mais prováveis de terem sido testados para o VIH. Foram adicionalmente identificadas barreiras importantes ao teste como sejam a baixa percepção do risco, o medo de saber o resultado e o receio da quebra do anonimato e da confidencialidade.

Ao permitir uma maior compreensão dos factores associados ao teste VIH entre HSH, o presente estudo sugere dados interessantes para o desafio da prevenção do VIH entre Homens que têm Sexo com Homens e pode ajudar na definição de políticas nacionais e desenvolvimento de programas e projectos culturalmente adaptados dirigidos à promoção do teste VIH neste grupo.

Os resultados parecem traduzir os esforços nacionais das políticas de promoção do teste VIH junto dos grupos em situação de maior vulnerabilidade à infecção, como é o caso do grupo de Homens que têm Sexo com os Homens. A proporção dos que fizeram o teste VIH pelo menos uma vez na vida é elevada, sugerindo resultados positivos da expansão do acesso ao teste em contextos distintos como sejam centros de aconselhamento e detecção precoce do VIH, organizações não governamentais e unidades móveis.

Contudo, as elevadas taxas de prevalência da infecção por norma associadas a este grupo, assim como as barreiras ao teste identificadas revelam necessidades no que toca o desenvolvimento de estratégias efectivas que contribuam para uma maior adesão ao teste VIH. Sugere-se uma maior aposta em programas de prevenção e de promoção do teste VIH que respondam às necessidades dos sub-grupos de Homens que têm Sexo com Homens mais difíceis de atingir, com níveis de escolaridade mais baixos, e que não

accedem aos serviços de saúde e a programas comunitários. Deve, igualmente, ser dada especial atenção àqueles que se sentem mais seguros por se encontrarem numa relação estável, através de campanhas de promoção do teste.

Os resultados deste estudo salientaram a importância das campanhas na adesão ao teste VIH, contudo, serão necessários mais estudos para identificar a eficácia de diferentes tipos de campanhas, os meios de divulgação, a relação custo-efectividade e as características das mensagens veiculadas, com vista ao desenvolvimento de campanhas culturalmente adaptadas a grupos alvo específicos que não estão conscientes dos perigos da infecção VIH/sida ou que não tenham conhecimento da disponibilização e localização de métodos e programas de prevenção, no sentido de assegurar que a informação de prevenção está facilmente disponível e é entendível para a maioria das populações.

O receio de um resultado positivo tem constituído uma importante barreira ao teste. Assim como outras barreiras relacionadas com motivações individuais, esse medo dificilmente será erradicado. Afinal, trata-se de uma doença incurável ainda associada a comportamentos estigmatizantes, pelo que uma abordagem que visa informar as pessoas sobre a existência de tratamentos eficazes é crucial para motivar as pessoas a fazer o teste.

Novas abordagens são necessárias para encorajar aqueles que assumem comportamentos de risco frequentes a fazerem o teste regularmente. Os programas devem implementar procedimentos para tornar o processo de aconselhamento e teste mais conveniente, menos ansiogénico e mais aceitável para as pessoas em situações de maior risco. As estratégias para encorajar o teste VIH entre populações em situação de maior risco necessitam de incluir uma variedade de opções de aconselhamento e teste para que as pessoas façam as suas escolhas de acordo com as suas necessidades. Aqueles que receiam a quebra do anonimato devem ter acessíveis serviços como os disponibilizados pelos CAD. Estas estratégias podem desempenhar um papel fundamental na promoção da utilização dos serviços de saúde específicos de VIH na população de HSH e consequentemente na redução da proporção de casos de infecção não diagnosticados ou em fase tardia. Contudo, são necessárias investigações futuras com o objectivo de identificar as preferências desta população no que respeita as tecnologias de teste e aconselhamento.

Recomenda-se ainda a realização de estudos sobre a frequência do teste no grupo de HSH. Algumas evidências têm demonstrado que uma significativa percentagem de HSH recentemente diagnosticados reportou ter feito o teste no ano anterior com um resultado negativo (Mc Daid & Hart, 2011). As políticas correntes recomendam o teste anual neste grupo (ECDC, 2010), mas é caso para explorar a aceitabilidade de uma frequência maior (6 ou 3 meses). Isto implica, por um lado, o desafio de definir normas nacionais que definam a frequência do teste para os diferentes grupos populacionais e, por outro, “normalizar” o teste regular entre HSH em risco de infecção.

É cada vez mais comumente aceite que o tratamento da infecção é eficaz na prevenção da transmissão do VIH. Partindo da premissa de que as novas infecções são predominantemente transmitidas de indivíduos infectados que não estão em tratamento, é consensual que tratar todos os indivíduos infectados pode reduzir a transmissão a nível comunitário. Mas tratar atempadamente todas as pessoas infectadas, implica que as novas transmissões sejam precocemente identificadas. Neste sentido, o teste VIH deve estar acessível e deve ser regular e frequente nos Homens que têm Sexo com Homens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Adbul-Quader, A.S. et al.** *Implementation and Analysis of Respondent Driven Sampling: Lessons Learned from the field.* **Journal of Urban Health** (2006) Vol. 83, 1: 1-5.
- **Adler, A.; Mounier-Jack, S. & Coker, R. J.** *Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges.* **AIDS Care** (March 2009), Vol. 21, N.º 3, p. 284-293.
- **Beckwith, C. G. et al.** *It is time to implement routine, not risk-based, HIV testing.* **HIV/AIDS** (2005):40 p. 1037-1040.
- **Campsmith, M. L. et al.** *HIV testing among men who have sex with men – Results of a telephone survey.* **Preventive Medicine** (Nov 1997), vol 26, Issue 6: 839-844.
- **Carballo-Diéguez, A. & Dolezal, C.** *HIV Risk Behaviors and Obstacles to Condom Use among Puerto Rican Men in New York City Who Have Sex with Men.* **American Journal of Public Health** (1996) Vol. 86, Nº 11. 1619-1622.
- **Carvalho, C.** *Acesso, Práticas e Barreiras ao Teste VIH.* **Arquivos de Medicina** (2009), vol. 23, n.º 2, pag 68-69.
- **Chadborn T.R. et al.** *No time to wait: how many HIV-infected homosexual men are diagnosed late and consequently die? (England and Wales, 1993-2002).* **AIDS** (2005), 19: 513-520.
- **Centers for Disease Control** (2006) Revised Recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health care settings. Washington, September. CDC.
- **Comissão das Comunidades Europeias.** *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu – Luta Contra o VIH/SIDA na União Europeia e nos Países Vizinhos, 2009-2013.* Bruxelas, 2009.

- **Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida.** Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, Ministério da Saúde. Portugal, 2007.
- **Coutinho, C. P. & Chaves, J.H.** “Investigação em Tecnologia Educativa na Universidade do Minho: Uma abordagem temática e metodológica às dissertações de Mestrado concluídas nos cursos de Mestrado em Educação. In A. Estrela & J. Ferreira. **Tecnologias em Educação: estudos e investigações.** X colóquio AFIRSE. Lisboa: FPCE. 2001, pp. 289-302.
- **Deblonde, J. et al.** *Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review.* **The European Journal of Public Health.** (February 2010). p. 1-11.
- **Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica.** *A Infecção VIH/sida: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009.* Instituto Nacional de Saúde. Portugal, Fevereiro 2010.
- **Dias, S. et al.** *Factors associated with HIV testing among immigrants in Portugal.* **Int J Public Health** (2010) (publish online 06 November 2010).
- **Elkstrand, M. L. et al.** *Gay men report high rates of unprotected anal sex with partners of unknown or discordant HIV status.* **AIDS** (1999), 13: 1525-1533.
- **EuroHIV** (2007) *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2006.* Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- **European Centre for Disease Prevention and Control.** *Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2009.
- **European Centre for Disease Prevention and Control.** *Mapping HIV/STI behavioural surveillance in Europe.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2009.
- **European Centre for Disease Prevention and Control.** *HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010.

- **European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe.** *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010.
- **Fakoya et al.** *Barriers to HIV testing for migrants black African in Western Europe.* **HIV Medicine** (2008), 9 (Suppl 2), 23-25.
- **Faugier, J. & Sargeant B.A.** *Sampling hard to reach population.* **Journal of Advanced Nursing** (1997) Vol. 26, 4: 790-797.
- **Flick, U.** (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- **Fortin, M.F.** (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ªEd.). Lisboa: Lusociência.
- **Gama, A., Fraga, S. & Dias, S.** *Impact of Socio-Demographic Factors on HIV Testing Among African Immigrants in Portugal.* **Journal of Immigrant Minority Health** (2000) 12:841-846.
- **Grupo de Activistas sobre Tratamentos de VIH/sida Pedro Santos.** *1º Relatório Comunitário EMIS (European MSM Internet Survey).* **Acção e Tratamentos** (Abril, 2011) n. 26, p. 4.
- **Goodman L. A.** *The Annals of Mathematical Statistics*, 1961 – JSTOR
- **Hosmer, D. W. & Lemeshow, J. S.** *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley, 2000 (2nd Ed).
- **Ivers, L.; Freedberg, K. & Mukherjee, J.** *Provider-initiated HIV testing in rural Haiti: low rate of missed opportunities for diagnosis of HIV in a primary [12] care clinic.* **AIDS Research and Therapy** (October 2007) 4:28, p. 1-5.
- **James I. M.** "Transcendence Among Gay Men: Implications for HIV Prevention," *Sexualities* 9 (2006): 214–35.
- **Jenkins, T. et al.** *Risk-based Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing fails to detect the majority of HIV-infected persons in medical care settings.* **Sexually Transmitted Disease** (May 2006), Vol. 33, N.º 5 p. 329-333.

- **Jin, F. Y. et al.** *Predictors of recent HIV testing in homosexual men in Australia.* **HIV Medicine** (2002), 3 p. 271-276.
- **Keating, J.; Meekers, D. & Adewuyi, A.** *Assessing effects of a media campaign on HIV/AIDS awareness and prevention in Nigeria: results from the VISION Projectos.* **BMC Public Health** (2006), 6:123, p. 1-12.
- **Leaitya, S. et al.** *Repeat HIV testing: high-risk behavior or risk reduction strategy?* **AIDS** (2000), 14:547-552.
- **Liu, S. et al.** *Knowledge and risk bahaviors related to HIV/AIDS and their association with information resource among men who have sex with men in Heilongjiang province, China.* **BMC Public Health** (2010), 10:250-259.
- **Ma, W. et al.** *Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, china.* **AIDS** (2007), 21 (Suppl 8): S129-S135.
- **Marôco, J.** (2010) *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS).* Lisboa. Edição apoiada por PSE Produtos e Serviços de Estatísticas, Lda.
- **Mc Daid, L. M. & Hart, G. J.** *Increased HIV testing and reduced undiagnosed infection among gay men in Scotland, 2005-8: support for the opt-out testing policy?* **Sex Transm Infect** (2011) 87:221-224.
- **Miranda, A. C.** *As Implicações do Diagnóstico Tardio: A experiência portuguesa.* **Arquivos de Medicina** (2009). Vol. 23, n.º 2, pag 66-67.
- **Organisation Mondiale de la Santé/ONUSIDA.** *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé.* Genève, 2007.
- **Organização Mundial da Saúde.** *Relatório Mundial de Saúde: Agora Mais do que Nunca.* OMS, 2008.
- **Rumel, D.** *“Odds Ratio”: Algumas considerações.* **Revista Saúde Pública**, S. Paulo (1986) 20(3): 253-8.

- **Sadler, G. R. et al.** *Recruitment of hard-to-reach population sub-groups via adaptations of the snowball sampling strategy.* **Nursing and Health Sciences** (2010) Vol. 12, 3: 369-374.
- **Spielberg, F. et al.** *Overcoming Barriers to HIV Testing: Preferences for New Strategies Among Clients of a Needle Exchange, a Sexually Transmitted Disease Clinic, and Sex Venues for Men Who Have Sex with Men.* **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes** (2003), 32:318-328.
- **Sullivan S. P.** *Reemergence of the HIV Epidemic Among Men Who Have Sex With Men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005.* **Elsevier** (2009), 19: 423-431.
- **UNAIDS** (2010). *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic.* Geneva, Dezembro 2010, UNAIDS.
- **Valdisseri, R. O. et al.** *Promoting early HIV diagnosis and entry into care.* **AIDS** (1999), 13:2317-2330.
- **Valleroy, L. A. et al.** *HIV Prevalence and Associates Risk in Young Men Who Have Sex With Men.* **American Medical Association** (2000), 284: 198-204.
- **Vetter, N.J.** What is epidemiology? **Reviews in Clinical Gerontology** (2004) 14: 79-89.
- **Walensky, R. P. et al.** *Routine human immunodeficiency virus testing: An economic evaluation of current guidelines.* **The American Journal of Medicine** (2005) 118, 292-300.
- **Young, R. M. & Meyer, I. M.** *The trouble with “MSM” and “WSW”: erasure of sexual minority person in public health discourse.* **Am J Public Health** (2005), 95 (7): 1144-1149.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficas da amostra.....	28
Tabela 2 - Características de acesso a serviços de saúde.....	29
Tabela 3 – Proporção de HSH que já fizeram o teste pelo menos uma vez na vida.....	30
Tabela 4 – Proporção de HSH que fizeram o teste de VIH/sida no último ano.....	30
Tabela 5 - Características do teste de VIH/sida (n=1046).....	31
Tabela 6 - Razões porque fez o teste (n=918).....	31
Tabela 7 - Razões porque não fez o teste.....	32
Tabela 8 – Teste VIH/sida pelo menos uma vez na vida e Variáveis sócio-demográficas.....	33
Tabela 9 – Teste VIH/sida pelo menos uma vez na vida e Variáveis de acesso a serviços de VIH.....	34
Tabela 10 – Teste VIH/sida no último ano e Variáveis sócio-demográficas.....	35
Tabela 11 – Teste VIH/sida no último ano e Variáveis de acesso a serviços de VIH.....	36
Tabela 12 – Tipo de teste e variáveis socio-demográficas.....	37
Tabela 13 – Tipo de teste e variáveis de acesso a serviços saúde.....	38
Tabela 14 - Factores associados à realização do teste nos últimos 12 meses.....	39

ANEXOS

I. Plano de Operacionalização das Variáveis

II – Plano de operacionalização das variáveis

Descrição da variável	Notação computacional	Valores que a variável pode tomar	Tipo de variável
Idade	IdadeclassAgrg	18-25 anos 25-35 anos 36-45 anos ≥ 46 anos	Qualitativa ordinal
Nacionalidade	nacionalidade	1 – Portuguesa 2 – Estrangeira	Qualitativa Nominal
Estado civil	estcivil	1 – Solteiro 2 – Casado/União de facto 3 – Divorciado/Separado 4 – Viúvo 5 – Outro	Qualitativa Nominal
Escolaridade	escol	1 – Até o Ensino Básico 2 – Ensino Secundário 3 – Ensino Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)	Qualitativa Ordinal
Vive com parceiro	viveparceiro	1 – Sim 2 – Não 3 – Não responde	Qualitativa Nominal
Situação profissional	SitProf	1 – Empregado 2 – Desempregado 3 – Reformado 4 – Estudante	Qualitativa Nominal
Rendimento mensal agregado familiar	rendmtAgrg	1 – < 1000€ 2 – > 1000€	Qualitativa Ordinal
Conhecimento teste gratuito e confidencial	gratis	0 – Não 1 – Sim 7 – Não responde 8 – Não sabe	Qualitativa Nominal
Fez teste pelo menos 1 vez na vida	teste	0 – Não 1 – Sim 7 – Não responde 8 – Não sabe	Qualitativa Nominal
Razões não teste	testeNão	(0 – Não; 1 – Sim) Nunca teve comport risco Não sabe onde fazer teste Medo do resultado Não acha importante Não quer saber resultado Teste é caro Receio quebra anón. confid.	Qualitativa Nominal

		Não se sente em risco Não pensa nisso Outro motivo	
Razões fez teste	testeSim	(0 – Não; 1 – Sim) Não se sentia bem Cirurgia Comportamentos de risco Emprego ou empréstimo Doação de sangue Exames de rotina Parceiro pediu Outro motivo	Qualitativa Nominal
Local teste	testLoc	(0 – Não; 1 – Sim) ONG /Unidade móvel Centro de Saúde Hospital Público Clínica/Hospital privado Laboratório privado CAD CAT Não se lembra Outro	Qualitativa Nominal
Tipo teste	testeTipo	1 – Rápido 2 – Tradicional 3 – Ambos	Qualitativa Nominal
Teste últimos 12 meses	testeAno	0 – Não 1 – Sim 7 – Não responde 8 – Não sabe	Qualitativa Nominal
Recorreu a serviços para informação VIH	RecorreuInf	(0 – Não; 1 – Sim) ONG/Unidade móvel Centro de Saúde Hospital Público Clínica/Hospital privado Farmácia Linha SIDA/Serviço telefónico CAD CNSIDA Outro Nunca	Qualitativa Nominal
Já recorreu em caso suspeita infecção	jaRecSIDA	(0 – Não; 1 – Sim) ONG/Unidade móvel Centro de Saúde Hospital Público Clínica/Hospital privado Farmácia Linha SIDA/Serviço	Qualitativa Nominal

		telefónico CAD Outro Nunca	
Abrangido campanha Sida	CampSIDA	0 – Não 1 – Sim 7 – Não responde 8 – Não sabe	Qualitativa Nominal
Preservativo último 12 meses	presvAno	1 – Sim 2 – Não	Qualitativa Nominal Dicotômica
Fontes preferenciais de informação	infFreq	Internet Médicos/Prof. de saúde Meios comunicação social Amigos e parentes Professores ONG Farmacêutico Representante religioso Outra fonte Não consegue Não precisa	Qualitativa Nominal